

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

Bakalářská práce

Autor práce: Anna Petrášová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová, Ph.D.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Anna Petrášová
Studijní program:	Porodní asistence
Garant studijního programu:	doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.
Název práce:	Psychické změny u žen v období šestinedělí
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Konzultant práce:	PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Cíl práce:	Zanalyzovat psychické změny u žen v období šestinedělí, identifikovat příznaky a faktory, které ovlivňují psychickou pohodu žen po porodu a podtrhnout důležitost prevence a podpory duševního zdraví žen po porodu.

Abstrakt

Tématem bakalářské práce jsou psychické změny u žen v období šestinedělí. Práce je zaměřena na analýzu a popis psychického stavu žen po porodu, se zaměřením na vliv hormonálních, emocionálních a sociálních faktorů v tomto období. Cílem je přiblížit běžné psychické reakce žen v šestinedělí, včetně tzv. baby blues, úzkosti a možného rozvoje poporodní deprese. Práce se věnuje také možnostem podpory duševního zdraví žen a rolí zdravotnických pracovníků v rozpoznání a řešení těchto změn.

Klíčová slova

Šestinedělí, psychické změny, psychické změny po porodu, psychické poruchy, poporodní blues, poporodní deprese, poporodní psychóza

Abstract

The topic of bachelor thesis is psychological changes experienced by women during postpartum period. The thesis focuses on analysing and describing the psychological state of women after childbirth, with an emphasis on the influence of hormonal, emotional and social factors during this period. The aim is to describe common psychological reactions during the postpartum period, including the baby blues, anxiety and the possible development of postpartum depression. The thesis also addresses ways to support women's mental health, and the role of healthcare professionals in recognizing and addressing these changes.

Keywords

Postpartum, psychological changes, postpartum changes, postpartum blues, postpartum depression, postpartum psychosis

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou Zvolte položku. práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé Zvolte položku. práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne Klikněte nebo klepněte sem a zadejte datum.

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Görnerové PhD. za její odborné vedení, cenné rady a čas, které mi během tvorby této práce věnovala.

Velké poděkování patří také mé rodině, která mi byla během celého studia velkou oporou. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření a byly ochotny otevřeně sdílet své zkušenosti s touto citlivou problematikou. Jejich odpovědi a poskytnuté informace představovaly cenný podklad pro zpracování empirické části bakalářské práce.

Obsah

ABSTRAKT	3
SEZNAM GRAFŮ	8
SEZNAM TABULEK	9
ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 ŠESTINEDĚLÍ JAKO SPECIFICKÉ OBDOBÍ ŽIVOTA ŽENY	11
1.2 <i>Fyziologické změny v organismu ženy po porodu</i>	<i>11</i>
1.2.1 <i>Involuce dělohy a reprodukčních orgánů</i>	<i>11</i>
1.2.2 <i>Hormonální a endokrinní změny.....</i>	<i>12</i>
1.2.3 <i>Změny kardiovaskulárního, močového a trávicího systému</i>	<i>12</i>
1.2.4 <i>Změny prsou a laktace</i>	<i>12</i>
1.3 PSYCHICKÁ ADAPTACE ŽENY NA MATEŘSTVÍ.....	13
1.3.1 <i>Psychické změny v těhotenství.....</i>	<i>13</i>
1.3.2 <i>Psychické změny po porodu</i>	<i>13</i>
1.3.3 <i>Faktory ovlivňující psychickou pohodu ženy</i>	<i>13</i>
1.4 PSYCHICKÉ PORUCHY V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ	14
1.4.1 <i>Poporodní blues</i>	<i>14</i>
1.4.2 <i>Poporodní deprese.....</i>	<i>15</i>
1.4.3 <i>Poporodní psychóza.....</i>	<i>17</i>
1.5 MOŽNOSTI PREVENCE A VČASNÝ ZÁCHYT PSYCHICKÝCH PORUCH V ŠESTINEDĚLÍ	19
1.5.1 <i>Primární prevence – podpora duševního zdraví v těhotenství a po porodu.....</i>	<i>20</i>
1.5.2 <i>Sekundární prevence – včasná detekce a screening</i>	<i>20</i>
1.5.3 <i>Terciální prevence – minimalizace následků.....</i>	<i>21</i>
1.6 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O PSYCHICKÉ ZDRAVÍ ŽENY V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	22
1.7 <i>Komunikace a emoční podpora, zapojení rodiny</i>	<i>22</i>
1.8 DOSTUPNÁ ODBORNÁ PÉČE A PODPŮRNÉ ORGANIZACE.....	22
1.8.1 <i>Projekt Perinatal (Národní ústav duševního zdraví).....</i>	<i>23</i>
1.8.2 <i>Úsměv mámy</i>	<i>23</i>
1.8.3 <i>Bílý Kruh Bezpečí.....</i>	<i>23</i>
1.8.4 <i>Online psychologická podpora a terapie.....</i>	<i>24</i>
1.8.5 <i>Mezinárodní organizace zaměřené na perinatální duševní zdraví.....</i>	<i>24</i>
1.8.6 <i>Poporodní návštěvy porodní asistentky</i>	<i>24</i>
2 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	25
2.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
2.2 METODIKA VÝZKUMU	25
2.3 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTEK A VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ.....	25
2.4 PRŮBĚH VÝZKUMU	26
2.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	26
2.5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	27
2.6 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	48
3 DISKUSE.....	51
4 NÁVRHY A ŘEŠENÍ.....	54
ZÁVĚR	55

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
--------------------------------	----

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentek.....	27
Graf 2: Počet dětí respondentek	28
Graf 3: Doba od posledního porodu respondentek.....	29
Graf 4: Zvýšená plačtivost, přecitlivělost nebo podrážděnost v prvních dnech po porodu	30
Graf 5: Délka trvání psychických obtíží.....	31
Graf 6: Nálada v prvních dnech po porodu.....	32
Graf 7: Zvýšená úzkost po porodu	33
Graf 8: Napětí, neklid nebo nespavost z důvodu obav o dítě.....	34
Graf 9: Pocit zahlcení povinnostmi a nemožnost odpočinku.....	35
Graf 10: Zvýšená úzkostnost v jiných oblastech života.....	36
Graf 11: Smutek, ztráta energie nebo nezájem o běžné činnosti.....	37
Graf 12: Pocity osamělosti nebo nepochopení.....	38
Graf 13: Pocit nezvládnání péče o dítě	39
Graf 14: Myšlenky na selhání v roli matky.....	40
Graf 15: Myšlenky, že by bylo lepší nebýt	41
Graf 16: Celková psychická pohoda po porodu	42
Graf 17: Podpora od partnera nebo rodiny	43
Graf 18: Hovoření o psychických potížích.....	44
Graf 19: Znalost pojmu baby blues a poporodní deprese	45
Graf 20: Vyhledání odborné pomoci	46
Graf 21: Co ženám nejvíce pomáhalo zvládat psychické obtíže po porodu?.....	47

Seznam tabulek

Tabulka 1: Vyhodnocení výzkumné otázky č.1: Nejčastější projevy psychických obtíží	48
Tabulka 2: Vyhodnocení výzkumné otázky č.1: Délka trvání obtíží	48
Tabulka 3: Vyhodnocení výzkumné otázky č.2: Co ženám nejvíce pomáhalo obtíže zvládat	49
Tabulka 4: Vyhodnocení výzkumné otázky č.3: Role podpory partnera, rodiny a blízkého okolí	50

Úvod

Období šestinedělí představuje pro ženu velice citlivou a náročnou etapu života, během které dochází k výrazným fyziologickým, ale také psychologickým změnám. Po porodu se žena postupně vyrovnává s fyzickou rekonvalescencí, přizpůsobuje se novému dennímu režimu a současně přijímá novou roli matky. Toto období je spojeno s řadou nových povinností, změnou dosavadního fungování i zvýšenými nároky na psychickou odolnost ženy. Právě proto je bývá šestinedělí vnímáno jako období významné adaptace, které může být pro ženu vedle radosti z narození dítěte spojeno také s únavou, nejistotou a zvýšenou emoční citlivostí. Průběh šestinedělí je individuální a ovlivňuje ho řada biologických, psychologických i sociálních faktorů. Významnou roli hraje zdravotní stav ženy, průběh těhotenství a porodu, osobnost, předchozí zkušenosti, rodinné zázemí i podpora partnera a blízkého okolí. Souhra těchto faktorů se může odrazit v tom, jak žena poporodní období prožívá a jak se s ním psychicky vyrovnává a jak zvládá novou životní situaci. Náročnost tohoto období může být navíc umocněna nedostatkem spánku, změnou denního rytmu, novou odpovědností za dítě a snahou naplnit očekávání okolí i vlastním představám o mateřství. Psychické změny v období šestinedělí se mohou objevovat v různé podobě a intenzitě. U některých žen jde o přechodnou citlivost, plačtivost nebo emoční labilitu, které bývají součástí běžné poporodní adaptace. U jiných žen se však mohou rozvinout závažnější psychické obtíže, například poporodní deprese nebo laktační psychóza. Včasné rozpoznání těchto stavů má zásadní význam, protože může ovlivnit nejen psychickou pohodu ženy, ale také její vztah k dítěti a celkové fungování rodiny. Pokud zůstávají psychické obtíže bez povšimnutí nebo bez odpovídající podpory, mohou se dále prohlubovat a nepříznivě zasahovat do života ženy i jejího nejbližšího okolí. Téma psychických změn u žen v období šestinedělí je významné z hlediska zdravotnické praxe i širšího společenského pohledu. V současné době je stále více zdůrazňována potřeba vnímat ženu po porodu komplexně, tedy nejen z pohledu jejího fyzického zdraví, ale také s ohledem na její psychickou pohodu. Důležitou roli zde sehrává porodní asistentka, která může změny v psychickém stavu ženy včas zachytit, citlivě na ně reagovat a případně ženu nasměrovat k další odborné pomoci. Stejně významnou oporu představuje také partner, rodina a blízké okolí ženy jejichž přístup může zásadním způsobem ovlivnit, jak žena toto období zvládne. Porozumění psychickým změnám v období šestinedělí, jejich včasné rozpoznání a vhodná podpora mohou přispět ke zkvalitnění péče o žen po porodu a ke snížení rizika rozvoje závažnějších psychických obtíží. Zvýšená pozornost věnovaná této problematice může současně podpořit citlivější přístup k ženám v poporodním období a napomoci k tomu, aby jejich psychické obtíže nebyly bagatelizovány nebo přehlíženy. Právě proto považuji tuto problematiku za důležitou.

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je analyzovat psychické změny u žen v období šestinedělí, identifikovat příznaky a faktory, které ovlivňují psychickou pohodu žen po porodu a podtrhnout důležitost prevence a podpory duševního zdraví žen po porodu.

1 Teoretická část

1.1 Šestinedělí jako specifické období života ženy

Šestinedělí (puerperium) představuje období trvající přibližně do 42. dne od ukončení těhotenství či porodu. Jedná se o specifickou fázi reprodukčního cyklu ženy, během které dochází k postupné fyzické i psychické adaptaci na mateřství. V tomto období se těhotenské anatomické a funkční změny navracují k fyziologickému stavu před graviditou a současně probíhá proces formování mateřské role.

Z fyziologického hlediska je šestinedělí charakterizováno involucí orgánů reprodukčního systému, zejména dělohy, jejíž hmotnost se postupně snižuje z přibližně 1000 g na původních 60-80 g. Dochází také k hormonálním změnám, obnově menstruačního cyklu a zahájení laktace. Tyto procesy jsou provázeny významnou hormonální přestavbou organismu, která může ovlivňovat i psychickou stabilitu ženy. (Fait, 2021)

Z psychologického hlediska představuje šestinedělí období intenzivní adaptační zátěže na novou životní roli. Žena se vyrovnává se změnou identity, zvýšenou odpovědností a novými nároky spojenými s péčí o dítě. Tento proces může být doprovázen spektrem emocí, zahrnujících radost, euforii, úzkost, únavu i pocity nejistoty. (Murray & McKinney, 2017).

Světová zdravotnická organizace (WHO) označuje šestinedělí za klíčovou fázi z hlediska zdraví matky i novorozence, neboť právě v tomto období je zvýšené riziko poporodních komplikací. Péče o ženu proto vyžaduje komplexní přístup zahrnující sledování tělesného stavu, podporu kojení, zajištění dostatečného odpočinku a psychickou podporu ze strany zdravotnického personálu a rodiny. (WHO, 2022, Procházka, 2020).

1.2 Fyziologické změny v organismu ženy po porodu

Porod představuje pro organismus ženy vysokou fyziologickou zátěž a období po něm je charakterizováno komplexními změnami, jejichž cílem je navrátit organismus zpět do fyziologického stavu před otěhotněním. Tyto změny se týkají všech orgánových systémů, především reprodukčního, endokrinního, kardiovaskulárního a močového a trávicího systému. (Fait, 2021)

1.2.1 Involuce dělohy a reprodukčních orgánů

Bezprostředně po porodu dochází k zahájení involuce dělohy. Její hmotnost se postupně snižuje z přibližně 1000 g na 60-80g během několika týdnů. Děložní fundus je krátce po porodu palpovatelný v úrovni pupku a následně klesá přibližně o 1 cm denně. Rychlost involuce může být ovlivněna paritou, vícečetným těhotenstvím nebo přítomností komplikací. Součástí poporodního hojení je tvorba lochií (očistků), které představují směs krve, hlenu a odlučujících se částí endometria. Jejich charakter se postupně mění z lochia rubra na lochia serosa a následně lochia alba. Odchod očistků je důležitým ukazatelem správné regenerace děložní sliznice. (Fait, 2021, Roztočil a kol, 2017).

Dochází také k postupné regeneraci děložního hrdla, pochvy a pánevního dna. Současně se adnexa (ovaria a vejcovody), navracejí do své původní anatomické polohy v malé pánvi. Hojení porodních poranění či epiziotomie probíhá obvykle během 10 až 14 dnů v závislosti na rozsahu poranění a celkovému zdravotnímu stavu ženy. (Procházka, 2020).

1.2.2 Hormonální a endokrinní změny

Po porodu dochází k prudkému poklesu hladin estrogenů a progesteronu v důsledku odloučení placenty, která byla jejich hlavním zdrojem během gravidity. Tento náhlý hormonální pokles představuje významný fyziologický podnět pro zahájení poporodních adaptačních procesů a může ovlivňovat nejen somatický stav ženy, ale i její emoční stabilitu. Současně dochází ke zvýšení sekrece prolaktinu, který stimuluje tvorbu mateřského mléka a oxytocinu, který podporuje kontrakce dělohy a reflex vypuzování mléka při kojení. Oxytocin tak přispívá k efektivní involuci dělohy a snižování rizika poporodního krvácení. Endokrinní regulace je úzce závislá na frekvenci a intenzitě sání dítěte. Obnovení menstruačního cyklu je individuální a významně ovlivněno laktací. U žen, které nekojí, dochází k návratu ovariální aktivity obvykle během 6 až 8 týdnů po porodu. U kojících žen může být období anovulace prodlouženo vlivem zvýšené hladiny prolaktinu, který inhibuje sekreci gonadotropinů a oddaluje obnovu ovulačního cyklu. (Cunningham et al., 2022)

1.2.3 Změny kardiovaskulárního, močového a trávicího systému

Po porodu dochází k redistribuci tělesných tekutin a postupné normalizaci krevního objemu, který byl během těhotenství zvýšen až o 30-40 %. Stabilizuje se krevní tlak a tepová frekvence. Ženy mohou pociťovat v prvních dnech po porodu zvýšenou diurézu a pocení, což představuje přirozený mechanismus eliminace nadbytečných tekutin. V oblasti močového systému může přechodně dojít k retenci moči, která může být způsobena edémem tkání, poporodním traumatem nebo bolestí perinea. Je proto vhodné sledovat diurézu a včas identifikovat případné poruchy mikce. Trávicí systém může v poporodním období reagovat zpomalením střevní peristaltiky, což zvyšuje riziko obstipace. Tento stav souvisí s hormonálními změnami, sníženou pohybovou aktivitou i bolestivostí perinea. Pro obnovení fyziologické funkce střev je vhodná dostatečná hydratace, dostatečný příjem vlákniny a postupná mobilizace ženy. (Procházka, 2020, Roztočil a kol. 2017).

1.2.4 Změny prsou a laktace

V prvních dnech po porodu dochází k přechodu od sekrece kolostra k tvorbě zralého mateřského mléka, obvykle během 2 až 5 dnů. Tento proces je hormonálně regulován, zejména prostřednictvím prolaktinu, který stimuluje tvorbu mléka, a oxytocinu, který zajišťuje jeho uvolňování z mlékovodů. Frekvence a efektivita sání novorozence významně ovlivňuje stabilizaci laktace. Kojení současně podporuje sekreci oxytocinu, který podporuje involuci dělohy a přispívá ke snížení rizika poporodního krvácení. Laktace tak nepředstavuje pouze nutriční mechanismus zajišťující výživu novorozence, ale zároveň představuje významný faktor fyziologické rekonvalescence ženy. (Roztočil a kol. 2017).

1.3 Psychická adaptace ženy na mateřství

Těhotenství a poporodní období představují významnou vývojovou etapu v životě ženy, která je spojena s biologickými, sociálními i psychickými změnami. Tyto změny jsou součástí přirozeného adaptačního procesu a jejich průběh má zásadní význam pro utváření mateřské identity i vztahu mezi matkou a dítětem (Takács et al., 2015; WHO, 2022)

1.3.1 Psychické změny v těhotenství

Těhotenství představuje období významné psychosociální transformace. Mezi nejdůležitější psychosociální výzvy patří přizpůsobení se nové roli, změnám v rodinné dynamice a proměnám partnerského vztahu. V počáteční fázi gravidity se často objevuje zvýšená emoční citlivost, úzkost a ambivalence vůči těhotenství a probíhajícím změnám. Tyto pocity jsou přirozené a souvisejí s hormonálními změnami organismu, zejména se zvýšením hladin estrogenů a progesteronu, tělesnými obtížemi i nejistotou a strachem z budoucnosti. (Takács et al., 2015; Yim et al., 2015)

S postupujícím těhotenstvím dochází u většiny žen k relativní stabilizaci emočního prožívání a k postupnému přijetí mateřské role. Vnímání pohybů plodu a konkrétnější představa o dítěti podporují rozvoj prenatální vazby. V závěru gravidity se mohou znovu objevovat obavy spojené s porodem a rodičovskou odpovědností. Psychická připravenost ženy je významně ovlivněna kvalitou partnerského vztahu, sociálním zázemím a dostupností podpory okolí. (Takács et al., 2015).

1.3.2 Psychické změny po porodu

Období po porodu je spojeno s náhlou biologickou i emoční proměnou, která představuje velkou adaptační zátěž. Bezprostředně po porodu dochází k prudkému poklesu hladin estrogenů a progesteronu a současně ke zvýšení sekrece prolaktinu a oxytocinu. Tato hormonální dynamika může ovlivnit náladu, emoční stabilitu i celkovou psychickou rovnováhu ženy. V prvních dnech po porodu je proto běžná zvýšená emoční citlivost, únava nebo kolísání nálady. Tyto projevy jsou součástí přirozené adaptační reakce organismu a jejich intenzita a délka trvání jsou individuální. (Takács et al., 2015)

1.3.3 Faktory ovlivňující psychickou pohodu ženy

Psychická pohoda ženy v těhotenství a poporodním období je ovlivňována řadou vzájemně propojených vlivů, které se u každé ženy projeví individuálně. Hlavní roli zde hrají jak biologické procesy, tak psychické nastavení a kvalita sociálního zázemí. Jejich rovnováha rozhoduje o tom, jestli adaptační proces proběhne plynule, nebo se zvýší riziko rozvoje psychických obtíží. (Yim et al., 2015)

Biologické faktory

Biologická rovina zahrnuje především citlivost na hormonální změny, genetickou predispozici a předchozí psychiatrickou anamnézu. Ženy s osobní nebo rodinnou historií afektivních poruch vykazují vyšší riziko rozvoje psychických obtíží po porodu. Významnou roli může hrát také kvalita

spánku, fyzické vyčerpání a poporodní komplikace, které zvyšují celkovou zátěž organismu. (Yim et al., 2015)

Psychologické faktory

Psychickou pohodu ženy významně ovlivňují její osobnostní rysy, schopnost zvládat zátěž a realistická očekávání spojená s mateřstvím. Významnou roli sehrává také předchozí zkušenost s těhotenstvím a porodem, plánování gravidity a připravenost na rodičovství, které mohou ovlivnit způsob, jakým žena zvládá nároky poporodního období. (WHO, 2022)

Sociální a partnerské faktory

Sociální prostředí představuje jeden z nejvýznamnějších ochranných i rizikových faktorů psychické pohody ženy po porodu. Kvalita partnerského vztahu, emoční dostupnost partnera a jeho aktivní zapojení do péče o dítě významně ovlivňují míru prožívané zátěže. Nedostatečná podpora partnera je opakovaně identifikována jako jeden z nejsilnějších prediktorů perinatální deprese a úzkosti. Systematická přehledová studie Antoniou et al. (2021) ukázala, že ženy nespokojené v partnerském vztahu měly až čtyřnásobně vyšší pravděpodobnost výskytu perinatálního distresu ve srovnání se ženami, které vztah hodnotily jako podporující. Zároveň se ukazuje, že aktivní zapojení partnera do péče o dítě může působit protektivně i u žen s již přítomnými depresivními symptomy. Význam sociální podpory potvrzují také česká data. Výzkum Národního ústavu duševního zdraví (NÚDZ, 2023) poukázal na to, že nedostatek podpory a problematická komunikace v nejbližším okolí patřily mezi nejčastěji uváděné faktory zhoršující psychický stav žen po porodu. Kvalitní mezilidské vztahy a respektující přístup zdravotníků tak představují důležitý ochranný prvek v oblasti podpory psychické pohody ženy v období šestinedělí. (Antoniou et al., 2021; NÚDZ, 2023)

1.4 Psychické poruchy v období šestinedělí

1.4.1 Poporodní blues

Poporodní blues, označované také jako baby blues, postpartum blues nebo maternity blues, představuje nejčastější formu psychických změn v časném poporodním období. Jedná se o přechodný, fyziologicky podmíněný stav emoční lability, který postihuje přibližně 50 až 80 % žen v prvních dnech po porodu, obvykle mezi 3. a 6. dnem. Nejedná se o psychickou poruchu v klinickém smyslu, ale o krátkodobou adaptační reakci organismu na výrazné hormonální, fyzické a psychické změny spojené s porodem a nástupem mateřství. (Takács et al., 2016)

Etiologie a patofyziologie

Etiologie poporodního blues není dosud zcela objasněna. Předpokládá se však kombinace biologických a psychosociálních faktorů. V průběhu těhotenství dochází k výraznému vzestupu hladin estrogenů a progesteronu, které bezprostředně po porodu prudce klesají a v prvních týdnech setrvávají na velmi nízkých hodnotách. Tato náhlá hormonální změna, spolu se zvýšenou sekrecí prolaktinu a oxytocinu, může ovlivňovat regulaci nálady a emoční stabilitu

ženy. Na vzniku obtíží se současně podílí únava, spánková deprivace a zvýšená psychická zátěž spojená s péčí o novorozence. (Checkko et al., 2023, Tosto et al., 2023)

Klinické projevy

Poporodní blues se obvykle rozvíjí mezi 3. až 6. dnem po porodu a trvá několik dní až dva týdny. Typickými projevy jsou emoční nestabilita, zvýšená plačtivost bez zjevné příčiny, přecitlivělost, kolísání nálady, pocity smutku, či úzkost související s novou rodičovskou rolí. Často se přidružují poruchy spánku a zhoršená koncentrace. Na rozdíl od poporodní deprese může žena v průběhu poporodního blues prožívat i období bez obtíží. Přestože symptomy většinou spontánně odeznívají do dvou týdnů, je vhodné jejich průběh sledovat, protože u části žen může tento stav předcházet rozvoji poporodní deprese. (Šebela et al., 2019).

Diagnostika a prevence

Poporodní blues není samostatnou diagnostickou jednotkou, přesto je jeho včasné rozpoznání důležité z hlediska prevence závažnějších psychických poruch. Hodnocení vychází především z klinického rozhovoru a využití screeningových nástrojů. V českém prostředí je významným projektem program Perinatal – screening psychosociálního stresu realizovaný Národním ústavem duševního zdraví (NÚDZ), který je dostupný ve 37 českých porodnicích. Screening probíhá na oddělení šestinedělí, zpravidla druhý až třetí den po porodu, formou online dotazníku během hospitalizace. Žena po jeho vyplnění obdrží zpětnou vazbu a kontakty na dostupné podpůrné služby. V některých porodnicích jsou součástí programu také koordinátorky podpory, které na základě přání ženy zajišťují následný telefonický kontakt a pomoc při orientaci v možnostech další péče. (NÚDZ, 2025)

Terapie

Poporodní blues má zpravidla přechodný charakter a spontánně odeznívá do dvou týdnů bez trvalých následků. Specifická farmakologická léčba obvykle není indikována zásadní je především podpora ženy, dostatečný odpočinek, informovanost a citlivý přístup ze strany zdravotnického personálu. V případě, že symptomy přetrvávají, zhoršují se nebo jsou provázeny výrazným funkčním omezením, je vhodné odborné vyšetření psychologem či psychiatrem s cílem vyloučit rozvoj poporodní deprese. Preventivní význam má edukace žen již v průběhu těhotenství, která přispívá k časnému rozpoznání příznaků a snižuje míru nejistoty nebo obav spojených s jejich výskytem. (WHO, 2022)

1.4.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese (PPD) je léčitelné psychické onemocnění, které postihuje přibližně 10 až 20 % žen po porodu. Projevuje se souborem depresivních příznaků, které se nejčastěji rozvíjejí během prvních týdnů po porodu, mohou však vzniknout kdykoliv v průběhu prvního roku. Obtíže mohou přetrvávat několik měsíců a bez adekvátní léčby významně zasahují do fungování ženy i její rodiny. (Liu et al., 2020)

Etiologie a patofyziologie

Patogeneze poporodní deprese (PPD) je multifaktoriální a dosud není zcela objasněna. Biologické modely vycházejí z výrazných hormonálních změn, které provázejí přechod z těhotenství do poporodního období. Prudký pokles hladin estrogenů a progesteronu může u predisponovaných žen narušit regulaci nálady a přispět k rozvoji depresivní symptomatiky. Uplatňují se také změny stresové odpovědi a individuální neurobiologická zranitelnost. Vedle biologických mechanismů hrají významnou roli genetické predispozice a psychosociální faktory, zejména nedostatečná sociální opora, partnerské konflikty, zkušenost s násilím, předchozí traumatický zážitek nebo osobní anamnéza depresivní poruchy. Průběh poporodní deprese je značně variabilní. Přestože u části žen dochází k ústupu symptomů v horizontu několika týdnů, literatura uvádí, že přibližně pětina žen vykazuje přetrvávající symptomy i po prvním roce od porodu a zhruba 13 % žen může mít obtíže přítomné ještě po dvou letech. Riziko relapsu zůstává rovněž významné – uvádí se, že až 40 % žen může v průběhu dalšího těhotenství nebo v jiném životním období znovu prodělat depresivní epizodu. Tyto údaje poukazují na skutečnost, že PPD nemusí mít pouze krátkodobý charakter, ale může představovat chronické onemocnění s dlouhodobými důsledky. (Šebela et al., 2019)

Klinické projevy

Klinický obraz PPD zahrnuje afektivní, kognitivní i somatické symptomy. Mezi dominantní psychické a emocionální příznaky patří přetrvávající smutek, pocity beznaděje, bezcennosti, ztráta radosti z běžných aktivit a výrazné pocity sebekritiky. Žena se potýká s trvalým nezájmem o okolí, úzkostí a podrážděností, která může vést k nepřátelskému přístupu k dítěti a k potížím při navazování vzájemné citové vazby. V oblasti kognitivních funkcí se objevují potíže se soustředěním a neschopnost jasně myslet nebo se rozhodovat. Somatické projevy zahrnují poruchy spánku, změny chutí k jídlu, únavu a celkové vyčerpání. (Carlson et. al., 2025)

Rizikové faktory

V poporodním období ženy často váhají o svých obtížích otevřeně hovořit, a to zejména z obavy před stigmatizací nebo před tím, že by mohly být vnímány jako „špatné matky“. Z tohoto důvodu je nezbytné aktivní a citlivé vyhledávání příznaků duševních poruch ze strany zdravotnického personálu. Mezi nejzávažnější důsledky neléčené poporodní deprese patří zvýšené riziko suicidálního jednání a v krajních případech i ohrožení dítěte. Přestože dostupná data naznačují, že míra dokonaných sebevražd v období šestinedělí je nižší než u žen mimo toto období, dopad těchto událostí na rodinu i novorozence je mimořádně závažný. U žen s poporodní depresí se mohou objevovat také vtíravé myšlenky na ublížení dítěti. Tyto myšlenky jsou relativně časté, avšak pokud si žena jejich nepřiměřenost uvědomuje a vyvolávají v ní pocity úzkosti, nepředstavují automaticky bezprostřední riziko jejich realizace. Samotné případy úmyslného usmrcení dítěte jsou ve srovnání s výskytem těchto myšlenek výrazně méně časté. (Šebela et al., 2019)

Dopad na matku, dítě a rodinu

Poporodní deprese nezasahuje pouze do psychického stavu ženy, ale promítá se také do partnerského vztahu a do samotného vývoje dítěte. U matek s PPD bývá popisována nižší míra zapojení do interakce s dítětem – například méně časté mluvení na dítě, nedostatek fyzického kontaktu, méně spontánních projevů pozitivních emocí a lásky k novorozenci nebo nepravidelnost v každodenní péči a krmení. Takové změny v chování mohou narušit přirozený proces vytváření bezpečné citové vazby v raném období života. Výzkumy zároveň ukazují, že děti matek trpících poporodní depresí mají zvýšené riziko opožděného kognitivního vývoje a častější výskyt emočních či behaviorálních obtíží v pozdějším věku. Vzhledem k těmto dlouhodobým dopadům představuje poporodní deprese nejen individuální zdravotní problém ženy, ale i významnou zátěž pro partnerský vztah, rodinu a širší sociální systém. (Šebela et al., 2019)

Diagnostika

Včasná identifikace žen se zvýšeným rizikem rozvoje PPD představuje základní preventivní strategii, která by měla začínat již v průběhu těhotenství. Tento princip je součástí doporučených postupů v mnoha zemích, včetně Velké Británie, Austrálie a Spojených států amerických. V klinické praxi je nejčastěji využíván screening pomocí Edinburské škály perinatální deprese (EPDS), která je implementována také v české republice. Pozitivní výsledek screeningového vyšetření by měl být vždy následován odborným psychologickým či psychiatrickým zhodnocením, individuálním posouzením rizik a stanovením dalšího postupu. Významnou roli hraje zejména časná intervence, a to i u žen s mírným či subklinickými obtížemi. K efektivní detekci může přispět také systematické zjišťování psychologické anamnézy a aktivní zájem o subjektivní prožívání ženy v perinatálním období. (Šebela et al., 2019)

Terapie

Léčba poporodní deprese zahrnuje farmakologické i nefarmakologické přístupy, přičemž výběr konkrétní metody závisí především na závažnosti symptomů. V rámci farmakoterapie jsou nejčastěji podávána antidepresiva, zejména ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Při jejich indikaci je nutné zvážit přestup účinné látky do mateřského mléka, samotné užívání však obvykle nepředstavuje absolutní kontraindikaci kojení. Diskutovány jsou rovněž hormonální intervence či podávání oxytocinu, jejichž terapeutický efekt zatím není jednoznačně potvrzen. Z nefarmakologických metod se uplatňuje především kognitivně-behaviorální terapie, která je doporučována zejména u mírnějších forem onemocnění. V praxi se využívá také interpersonální terapie, u těžkých případů může být indikována také elektrokonvulzivní terapie. Stále větší prostor získávají i online formy psychoterapeutické podpory. Významnou součástí léčby zůstává podpora partnera a širší rodiny, která může pozitivně ovlivnit průběh onemocnění i proces zotavení ženy. (Šebela et al., 2019)

1.4.3 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza (PPP) představuje nejzávažnější psychiatrické onemocnění, které se typicky manifestuje v časném poporodním období. Onemocnění je charakterizováno náhlým nástupem afektivních a psychotických příznaků, které vedou k výrazné dezorganizaci psychického stavu

rodičky. Prevalence PPP se pohybuje v rozmezí 1-2 ženy na 1000 porodů. Přestože se jedná o relativně vzácnou komplikaci, představuje závažné riziko pro matku i novorozence a ve většině případů vyžaduje akutní psychiatrickou hospitalizaci. (Jairaj et al. 2023)

Etiologie a rizikové faktory

Etiologie poporodní psychózy je považována za multifaktoriální. Z biologického hlediska se významná role přikládá náhlým hormonálním změnám v období po porodu, genetickým predispozicím a dysregulaci neurotransmiterového systému, zejména dopaminergního. Významným rizikovým faktorem je osobní anamnéza bipolární afektivní poruchy nebo schizofrenní onemocnění, které mohou rapidně zvyšovat riziko rozvoje poporodní psychózy v období po porodu až několikanásobně. Psychosociální faktory, jako je nedostatečná sociální podpora, zvýšená míra stresu, spánková deprivace nebo traumatický porod, mohou působit jako spouštěče onemocnění. Zvýšené riziko bylo zjištěno také u prvorodiček, při komplikovaném průběhu porodu nebo při nedostatečné poporodní péči. (Robertson et al.,2005; Munk-Olsen et al., 2016).

Klinické projevy

Poporodní psychóza je charakteristická náhlým a prudkým nástupem obtíží, obvykle v průběhu prvních dnů až dvou týdnů po porodu. Klinický obraz je variabilní a může se rychle měnit, často se zhoršujícím se průběhem. Začátek onemocnění bývá akutní a vyžaduje zvýšenou pozornost zdravotnického personálu. Mezi prvotní příznaky patří výrazná porucha spánku, zejména snížená potřeba spánku nebo úplná neschopnost usnout. Dále podrážděnost, úzkost a změny chování. Spánková deprivace může přispívat k progresi psychotické symptomatiky a zhoršení celkového psychického stavu. Vlastní psychotické projevy zahrnují bludy, halucinace a dezorganizaci myšlení. Bludy bývají často perzekuční, vztahovačné nebo náboženského charakteru, mohou se však týkat i dítěte. Halucinace jsou nejčastěji sluchové. Přítomna může být i zmatenost, porucha orientace a narušené vnímání reality. Z pohledu porodní asistence je zásadní včasné rozpoznání varovných příznaků, zejména výrazné nespavosti, dezorganizovaného chování a náhlých změn nálady, a zajištění okamžitého předání ženy do psychiatrické péče. (Takács et al.,2015; Spinelli, 2009)

Diagnostika poporodní psychózy

Poporodní psychóza představuje akutní psychiatrickou poruchu vyžadující urgentní diagnostické posouzení. Vzhledem k náhlému nástupu a potencionálnímu riziku ohrožení matky i dítěte je klíčové její včasné rozpoznání a okamžité zahájení odborné péče. Poporodní psychóza není samostatnou diagnostickou jednotkou v mezinárodních klasifikačních systémech. Podle DSM-5-TR je obvykle diagnostikována jako psychotická epizoda bipolární poruchy s peripartálním nástupem (American Psychiatric Association, 2022). Diagnostika je primárně klinická a vychází z komplexního psychiatrického vyšetření, které zahrnuje posouzení přítomnosti bludů, halucinací, dezorganizaci myšlení, poruch nálady a rizika suicidálního jednání či jednání o úmyslném zabití novorozence. Součástí diagnostického procesu je diferenciální diagnostika,

jejímž cílem je vyloučit organické příčiny psychotické symptomatiky, například metabolické poruchy, infekce, endokrinní dysbalance nebo intoxikaci návykovými látkami. Doporučuje se provedení základního laboratorního vyšetření a zhodnocení somatického stavu ženy. Včasná identifikace rizikových žen je možná již v prenatálním období. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat ženám s osobní či rodinnou anamnézou bipolární afektivní poruchy nebo předchozí epizodou poporodní psychózy, u nichž je riziko relapsu významně vyšší. (Yim et al., 2015; Munk-Olsen et al., 2016, NICE, 2020)

Terapie poporodní psychózy

Pokud u ženy propukne poporodní psychóza, je ve většině případů indikována neodkladná hospitalizace na specializovaném psychiatrickém lůžkovém oddělení, a to do stabilizace jejího stavu a překonání akutní fáze onemocnění. Hospitalizace je většinou nezbytná vzhledem k riziku sebevražedného nebo infanticidního jednání. V situaci, kdy žena není schopna poskytnout informovaný souhlas s léčbou nebo její psychický stav představuje bezprostřední ohrožení pro ni samotnou nebo pro dítě, může být hospitalizace provedena i bez jejího souhlasu podle platné legislativy. Pokud hospitalizace probíhá na běžném psychiatrickém oddělení, zpravidla není možné, aby dítě zůstalo s matkou. Péči o novorozence v takovém případě zajišťuje rodina nebo příslušné sociální služby. V zařízeních, kde jsou dostupné specializované jednotky typu Mother-Baby Units (MBU), je preferovaná forma hospitalizace umožňující společný pobyt matky a dítěte při současném zajištění bezpečnosti a odborné péče. (Šebela, 2019; NHS, 2019)

Základem akutní léčby je farmakoterapie pod dohledem psychiatra. Nejčastěji jsou podávána antipsychotika k tlumení psychotických příznaků, jako jsou bludy a halucinace, a stabilizátory nálady, zejména u žen s bipolární složkou onemocnění. U některých pacientek s podobnou symptomatologií a bipolární složkou je používáno lithium jako stabilizátor nálady s prokazatelnou účinností v prevenci relapsu psychotických epizod. Další léky, které mohou být součástí léčby podle klinického obrazu, jsou benzodiazepiny pro zvládnání výrazně silných úzkostí či agitace a krátkodobá hypnotika pro stabilizaci spánku. (Šebela et al., 2019)

V případech, kdy farmakoterapie nepřináší dostatečný efekt nebo je stav pacientky život ohrožující, může být indikována elektrokonvulzivní terapie (ECT), která je považována za účinnou metodu zejména u těžkých a rezistentních forem onemocnění. (NHS, 2019)

Kromě farmakoterapie je doporučována multidisciplinární péče, která zahrnuje psychosociální podporu, psychoterapii a rodinnou či partnerskou intervenci. Psychoterapie, například kognitivně-behaviorální terapie, může být součástí dlouhodobé péče a napomáhá zpracovávání úzkosti, stresu a adaptace na rodičovskou roli po prodělané psychotické epizodě. (Dennis & Dowswell, 2013)

1.5 Možnosti prevence a včasný záchyt psychických poruch v šestinedělí

Prevence psychických poruch v období šestinedělí představuje zásadní součást perinatální péče. Cílem preventivních opatření je snížení výskytu závažných stavů (poporodní deprese, psychóza), ale také posílení samotného duševního zdraví ženy a podpora její schopnosti se lépe adaptovat

na mateřství. Současné postupy vycházejí z víceúrovňového modelu prevence, který zahrnuje primární, sekundární a terciární intervence. (WHO, 2022; NICE 2020)

1.5.1 Primární prevence – podpora duševního zdraví v těhotenství a po porodu

Primární prevence je zaměřena na předcházení vzniku psychických obtíží ještě před jejich manifestací. V kontextu perinatální péče představuje systematickou podporu duševního zdraví ženy již v průběhu těhotenství a bezprostředně po porodu. Jejím cílem je posílit ochranné faktory, minimalizovat působení rizikových vlivů a vytvořit stabilní prostředí, které usnadní ženě adaptaci na mateřství. Zásadní význam má včasná identifikace žen se zvýšenou zranitelností, například s předchozí psychiatrickou anamnézou, zkušeností s traumatem, nízkou sociální podporou nebo dlouhodobým stresem. Studie ukazují, že nedostatečná partnerská a sociální opora patří mezi nejsilnější prediktory rozvoje poporodních obtíží. Riziko může být u těchto žen až čtyřikrát vyšší než ve srovnání se ženami s funkčním zázemím. Součástí primární prevence je také edukace žen o běžných emočních změnách v šestinedělí, normalizace kolísání nálady a otevřená komunikace o duševním zdraví. Odstraňování předsudků o psychických obtížích snižuje bariéry ve vyhledávání pomoci a přispívá k časnějšímu zachycení případných problémů. Důležitým aspektem je také příprava na samotné rodičovství, která zahrnuje realistická očekávání spojená s péčí o novorozence, podporu partnerské spolupráce a informovanost o dostupných formách odborné pomoci. Význam primární prevence je zdůrazňován i v mezinárodních doporučeních, která doporučují začlenění podpory duševního zdraví do standardní perinatální a poporodní péče. Intervence zaměřené na psychosociální podporu, posilování rodičovských kompetencí a podporu partnerských vztahů byly v systematických přehledech spojeny se snížením výskytu perinatální depresivní symptomatiky. Primární prevence tak nepředstavuje izolované opatření, ale kontinuální proces, který propojuje biologickou, psychologickou i sociální rovinu péče o ženu. Její efektivita spočívá v tom, že vytváří bezpečný prostor pro otevřenou komunikaci a podporuje ženu ještě před tím, než se obtíže rozvinou do klinicky významné podoby. (Yim et al., 2015, WHO, 2022)

1.5.2 Sekundární prevence – včasná detekce a screening

Sekundární prevence je zaměřena na časně rozpoznání již rozvíjejících se psychických obtíží v období těhotenství a šestinedělí s cílem zabránit jejich progresi do klinicky závažnějších forem. Vychází z předpokladu, že významná část žen s perinatální depresivní, či úzkostnou symptomatikou zůstává bez odborné pomoci, pokud není aktivně vyhledávána. Odhaduje se, že bez systematického screeningu může zůstat nediodagnostikováno až 50 % případů poporodní deprese. Mezinárodní doporučení proto podporují zavedení rutinního screeningu duševního zdraví v těhotenství i po porodu, obvykle v období šestinedělí a následně během kontrol v prvních měsících po porodu. Screening nepředstavuje diagnostický nástroj, ale slouží k identifikaci žen se zvýšeným rizikem, u nichž je následně indikováno další odborné vyšetření. Nejčastějším využívaným nástrojem je Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), deseti položkový sebehodnotitelský dotazník zaměřený na zachycení depresivních a úzkostných symptomů v perinatálním období. Vyšší skóre signalizuje zvýšenou pravděpodobnost klinicky významné symptomatiky a je indikací k dalšímu odbornému posouzení. Konkrétní hranice skóre, která vyžaduje další vyšetření, se může mírně lišit podle použité verze a klinického doporučení. (WHO, 2022)

Kromě EPDS jsou využívány i další nástroje, například Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) nebo škály zaměřené na detekci úzkostných poruch, jako je Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). (Milgrom et al., 2014)

Účinnost sekundární prevence však nezávisí pouze na samotném nástroji, ale především na způsobu jeho zařazení do praxe. Screening by měl být součástí systematického a opakovaného hodnocení psychického stavu, nikoli jednorázovým administrativním úkonem. Klíčový je citlivý, nehodnotící přístup a vytvoření bezpečného prostoru pro otevřenou komunikaci. Řada žen své obtíže ignoruje, přisuzuje je normálnímu vyčerpání nebo se obává stigmatizace, což vede k opožděnému vyhledávání pomoci. Aktivní zájem o psychické prožívání ženy a normalizace obtíží proto představují nedílnou součást sekundární prevence. V českém zdravotnickém systému dochází k postupnému začleňování systematického screeningu perinatálního duševního zdraví do klinické praxe prostřednictvím projektů zaměřených na psychosociální podporu žen v porodnicích. Jednotný celostátní model screeningu dosud není plně standardizován, rozšiřuje se ale dostupnost hodnotících nástrojů a posiluje se důraz na pravidelné sledování psychického stavu žen v šestinedělí. Rozvoj této oblasti představuje významný pokrok ve snížení počtu nedidiagnostikovaných případů a v podpoře včasné intervence.

1.5.3 Terciální prevence – minimalizace následků

Terciální prevence je zaměřena na ženy, u nichž již došlo k rozvoji psychické poruchy v perinatálním období. Jejím cílem není pouze léčba akutní fáze onemocnění, ale hlavně omezení jeho dlouhodobých dopadů, prevence relapsu a podpora funkční adaptace ženy na mateřskou roli. Důraz je kladen na kontinuitu péče, stabilizaci stavu a zachování kvality života ženy a její rodiny. Zásadní význam má včasné zahájení adekvátní psychiatrické a psychoterapeutické léčby odpovídající závažnosti stavu. Studie potvrzují, že neléčená nebo pozdě léčená poporodní deprese je spojena s vyšším rizikem chronicity obtíží a s přetrvávajícími symptomy i po prvním roce od porodu. Významnou součástí terciální prevence je práce s rodinou. Zapojení partnera a blízkého okolí přispívá ke snížení izolace, posiluje dodržování léčebného postupu a podporuje stabilní prostředí pro dítě. U žen s těžší symptomatikou je vhodné zaměřit se také na podporu rodičovských kompetencí a na posilování vztahové vazby mezi matkou a dítětem, aby se minimalizovaly sekundární dopady onemocnění matky na vývoj dítěte. Moderní přístup k terciální prevenci zdůrazňuje multidisciplinární spolupráci. Koordinovaná péče zahrnující psychiatra, psychologa, porodní asistentku, praktické lékaře a v případě potřeby i sociální pracovníky umožňuje komplexní zhodnocení situace. Tento model přispívá ke snížení rizika relapsu a zajišťuje plynulý přechod mezi akutní léčbou a následnou podporou v komunitě. Specifickou oblastí terciální prevence je také plánování další gravidity. U žen s anamnézou perinatální psychické poruchy je doporučeno konzultovat další graviditu s psychiatrem a vytvořit individuální plán péče, který může významně snížit riziko opakování onemocnění. Terciální prevence tak představuje dlouhodobý proces, jehož cílem je nejen stabilizace psychického stavu, ale také obnovení funkční rovnováhy ženy v osobním, partnerském a rodičovském životě. (Yim et al., 2015, WHO, 2022)

1.6 Role porodní asistentky v péči o psychické zdraví ženy v období šestinedělí

Porodní asistentka zaujímá v péči o ženu po porodu významné postavení. V průběhu těhotenství, samotného porodu i období šestinedělí je porodní asistentka zdravotnickým pracovníkem, který je se ženou v přímém a opakovaném kontaktu. Tato pravidelná setkávání umožňují postupně navázat vztah založený na důvěře a respektu, což vytváří bezpečný prostor pro otevřenou komunikaci. Porodní asistentka proto může sledovat nejen fyzický stav ženy, ale také její psychické prožívání, adaptační proces a případné změny v emočním stavu. Vztah založený na důvěře zároveň zvyšuje pravděpodobnost, že žena bude ochotna sdílet své obavy, nejistotu nebo psychické obtíže, které by jinak mohly zůstat skryty. Porodní asistentka tak může včas zachytit signály psychické nepohody a přispět k jejich řešení ještě v rané fázi. (Yim et al., 2015)

1.7 Komunikace a emoční podpora, zapojení rodiny

Komunikace mezi porodní asistentkou a ženou představuje jeden z nejdůležitějších nástrojů podpory psychického zdraví během těhotenství a po porodu. Součástí podpůrné komunikace je především aktivní naslouchání, respekt k individuálním potřebám ženy a schopnost reagovat na její aktuální prožívání. Porodní asistentka může ženě pomoci například tím, že normalizuje některé pocity spojené s poporodním obdobím, jako jsou únava, nejistota nebo obavy z péče o dítě. Takový přístup může přispět ke snížení pocitů selhání nebo studu, které některé ženy prožívají v situaci, kdy jejich zkušenost s mateřstvím neodpovídá idealizovaným představám o poporodním období. Důležitou součástí podpory psychického zdraví ženy je také zapojení jejího sociálního okolí, zejména partnera a rodiny. Dostatečná sociální opora je považována za jeden z významných faktorů v prevenci poporodních psychických obtíží. Partner sehraává důležitou roli v praktické pomoci při péči o novorozence, v poskytování emoční opory a sdílí zodpovědnost za novou rodičovskou roli. Porodní asistentka může v rámci své péče podporovat zapojení partnera a rodiny například prostřednictvím edukace, poskytováním informací o potřebách ženy v období šestinedělí nebo podporou otevřené komunikace mezi členy rodiny. Posilování rodinné podpory přispívá ke zlepšení psychické pohody ženy a také k celkové stabilitě rodinného prostředí v období adaptace na rodičovství. (Yim et al., 2015)

1.8 Dostupná odborná péče a podpůrné organizace

Psychické obtíže po porodu se neprojevují většinou bezprostředně po porodu nebo během hospitalizace v porodnici, ale nejčastěji se rozvinou až po návratu ženy do domácího prostředí. V takové situaci je důležité, aby ženy měly dostupné informace o možnostech odborné pomoci a podpůrných organizacích, na které se mohou v případě obtíží obrátit. V České republice působí několik organizací zaměřených na podporu žen v období těhotenství a po porodu. Tyto organizace poskytují odborné poradenství, psychologickou podporu, edukaci nebo krizovou pomoc ženám, které se potýkají s psychickými obtížemi v perinatálním období. (WHO, 2022)

1.8.1 Projekt Perinatal (Národní ústav duševního zdraví)

Významnou roli v oblasti podpory perinatálního duševního zdraví v České republice hraje Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ), který realizuje aktuálně probíhající projekt Perinatal zaměřený na prevenci a včasné rozpoznání psychických obtíží v období těhotenství a po porodu. Projekt se zaměřuje především na screening psychosociálního stresu a psychických obtíží u žen během těhotenství a po porodu. V rámci projektu jsou v některých porodnicích využívány screeningové nástroje zaměřené na identifikaci žen s vyšším rizikem psychických obtíží. V případě potřeby mohou být ženy následně kontaktovány koordinátorkami podpory, která jim poskytne informace o možnostech další odborné péče a pomůže jim zprostředkovat pomoc. Cílem projektu je zlepšit dostupnost péče o duševní zdraví v perinatálním období a posílit spolupráci mezi zdravotnickými zařízeními a odborníky v oblasti psychiatrie, psychologie a sociální péče. (NÚDZ, 2023)

1.8.2 Úsměv mámy

Organizace Úsměv mámy je nezisková organizace zaměřená na podporu žen, které se potýkají s psychickými obtížemi v období těhotenství a po porodu. Organizace vznikla v České republice v roce 2014 a funguje ve 12 krajích České republiky. Její činnost je zaměřena především na pomoc ženám s poporodní depresí, úzkostnými stavy nebo jinými psychickými obtížemi spojenými s mateřstvím. Úsměv mámy poskytuje ženám odborné poradenství, psychologickou podporu, podpůrné skupiny a vzdělávací programy zaměřené na perinatální duševní zdraví. Organizace rovněž spolupracuje se zdravotnickými zařízeními a podílí se na programech, jejichž cílem je osvěta psychických obtíží po porodu a zvýšení informovanosti o této problematice. Ženy se mohou na organizaci obrátit prostřednictvím online poradny, telefonické konzultace nebo účasti na podpůrných skupinách. Organizace také poskytuje informace o možnostech odborné péče a pomáhá ženám zprostředkovat kontakt na psychologa nebo psychiatra v jejich regionu. (Úsměv mámy, 2023)

1.8.3 Bílý Kruh Bezpečí

Organizace Bílý Kruh Bezpečí je nezisková organizace poskytující odbornou pomoc obětem trestných činů a osobám, které se ocitly v náročné životní situaci. Organizace nabízí bezplatné odborné poradenství, psychologickou podporu a právní pomoc osobám, které se potýkají s násilím, traumatickou událostí nebo jinou krizovou situací. Pro ženy v období po porodu může být tato služba významná zejména v případech, kdy se ocitnou v obtížné rodinné nebo partnerské situaci, například při výskytu domácího násilí, partnerských konfliktů nebo psychické krize. Náročné období po narození dítěte může být pro některé rodiny obdobím zvýšeného stresu, který může vést k prohloubení již existujících problémů v rodinném prostředí. Bílý Kruh Bezpečí poskytuje pomoc prostřednictvím osobních konzultací, telefonických krizových linek nebo online poradenství. V případě potřeby může organizace zprostředkovat další odbornou pomoc nebo spolupracovat s dalšími institucemi poskytujícími sociální a psychologickou péči. (Bílý Kruh Bezpečí, 2023)

1.8.4 Online psychologická podpora a terapie

V současné době se rozvíjí také online formy psychologické podpory a psychoterapie. Tyto služby mohou být pro ženy po porodu dobře dostupné zejména v situaci, kdy je pro ně obtížné docházet na osobní terapeutická setkání.

Příkladem online terapeutických platforem jsou například **Hedepy** nebo **Terapio**, které zprostředkovávají psychologické a psychoterapeutické konzultace prostřednictvím videohovorů. Výhodou těchto služeb je především časová flexibilita, anonymita a možnost vyhledat odbornou pomoc z domácího prostředí. (Hedepy, 2024; Terapio, 2024)

1.8.5 Mezinárodní organizace zaměřené na perinatální duševní zdraví

Na mezinárodní úrovni působí řada organizací zaměřených na podporu duševního zdraví žen v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Jednou z nejvýznamnějších je organizace Postpartum Support International, která poskytuje informace, odborné zdroje a podpůrné programy pro ženy s perinatálními psychickými obtížemi. Organizace také zprostředkovává kontakty s odborníky oblasti perinatálního duševního zdraví a nabízí online podpůrné skupiny. Dalším odborným zdrojem informací je také Postpartum Stress Center, které se specializuje na léčbu a edukaci v oblasti poporodních psychických poruch. (Postpartum support international, 2023; Postpartum stress center, 2022)

1.8.6 Poporodní návštěvy porodní asistentky

Významnou součástí podpory žen v období šestinedělí je také domácí péče porodní asistentky. V rámci této péče může porodní asistentka navštívit ženu v jejím domácím prostředí a sledovat její fyzický i psychický stav po porodu. Kontinuita péče a domácí návštěvy vedené porodní asistentkou mohou výrazně zlepšovat psychické zdraví žen a zmírňovat dopady perinatálních duševních obtíží, které se často projeví až po návratu ženy do domácího prostředí. Domácí prostředí často vytváří bezpečnější prostor pro otevřenou komunikaci a díky důvěrnému vztahu s porodní asistentkou mohou ženy snáze sdílet své obavy a potíže. V případě podezření na rozvoj psychických obtíží může porodní asistentka ženu informovat o možnostech odborné pomoci a zprostředkovat kontakt na specialistu. Od 1.1. 2026 mají všechny ženy v České republice nárok na tři návštěvy porodní asistentky v domácím prostředí, které jsou plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Žena obdrží při propuštění z porodnice žádanku a tím může v průběhu šestinedělí péči porodní asistentky využít. Cílem této změny je posílení poporodní péče a zajištění odborné podpory v období adaptace na mateřství. Domácí péče porodní asistentky tak představuje významný prvek kontinuální péče o ženu v šestinedělí a výrazně přispívá k celkové kvalitě péče. Důležitá je tedy edukace žen o těchto možnostech. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2025)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem práce je zanalyzovat psychické změny u žen v období šestinedělí, identifikovat příznaky a faktory, které ovlivňují psychickou pohodu žen po porodu a podtrhnout důležitost prevence a podpory duševního zdraví žen po porodu.

Výzkumné otázky

Jaké projevy psychických obtíží jsou u žen v období šestinedělí nejčastější a jak dlouho trvaly?

Co ženám nejvíce pomáhalo při zvládnání psychických obtíží?

Jakou roli při zvládnání obtíží má podpora partnera, rodiny a blízkého okolí?

2.2 Metodika výzkumu

Metodika výzkumu v této bakalářské práci spočívala v použití kvantitativní metody získávání dat. Tato forma výzkumu umožnila získat širší vzorek respondentek a přehledněji zhodnotit zvolenou problematiku. Hlavní výzkumnou technikou bylo dotazníkové šetření, jehož výsledky bylo následně možné statisticky zpracovat a interpretovat pomocí tabulek a grafů.

Úvodní část dotazníku obsahovala oslovení respondentek, seznámení s cílem dotazníkového šetření a informaci o anonymitě. Následovaly 3 úvodní otázky, které se týkaly základních údajů o respondentkách, konkrétně věku, paritě a doby, která uplynula od jejich posledního porodu.

Dotazník obsahoval celkem 21 otázek s neomezeným časem pro vyplnění. Většina otázek byla uzavřeného typu a respondentky vždy vybíraly pouze jednu správnou odpověď. Dvě otázky byly zpracovány pomocí hodnotící škály 1-5. jedna otázka, zařazená na konci dotazníku, byla otevřená a umožňovala respondentkám vlastní vyjádření.

Získaná data bylo díky kvantitativnímu výzkumu možné statisticky zpracovat a následně přehledně znázornit.

2.3 Charakteristika vzorku respondentek a výzkumného prostředí

Dotazníky byly distribuovány dvěma způsoby, a to v tištěné a online formě. Tištěná forma dotazníku byla rozdávána na oddělení šestinedělí v Nemocnici Jihlava p.o.. Dotazníky byly předkládány ženám druhý den po porodu, a to bez ohledu na jejich věk, paritu nebo jiné individuální charakteristiky. Online forma dotazníku byla šířena elektronicky, především prostřednictvím facebookových skupin a dále mezi ženami po porodu z osobního okolí. Výzkumný soubor tvořilo celkem 100 respondentek. Z tohoto počtu vyplnilo 43 žen dotazník v tištěné podobě a 57 žen prostřednictvím online dotazníku.

2.4 Průběh výzkumu

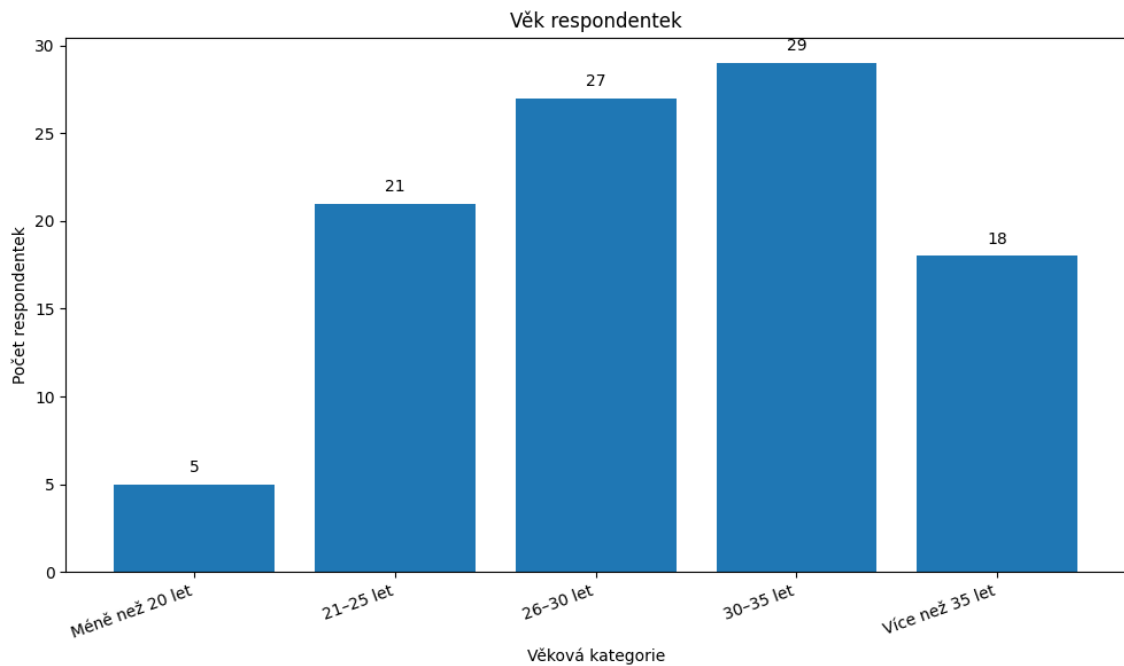
Výzkumné šetření bylo zahájeno dne 1. listopadu 2025. Před samotnou realizací výzkumu bylo získáno povolení k provádění výzkumného šetření k bakalářské práci, které udělila Mgr. Hana Hladíková, náměstkyně pro nelékařské obory v Nemocnici Jihlava. Výzkumné šetření bylo ukončeno 1. února 2026, získaná data byla po ukončení výzkumného šetření shromážděna a připravena k dalšímu zpracování.

2.5 Zpracování získaných dat

Celá bakalářská práce včetně výsledků výzkumného šetření byla zpracována v programech Microsoft Word a Microsoft Excel.

2.5 Výsledky výzkumného šetření

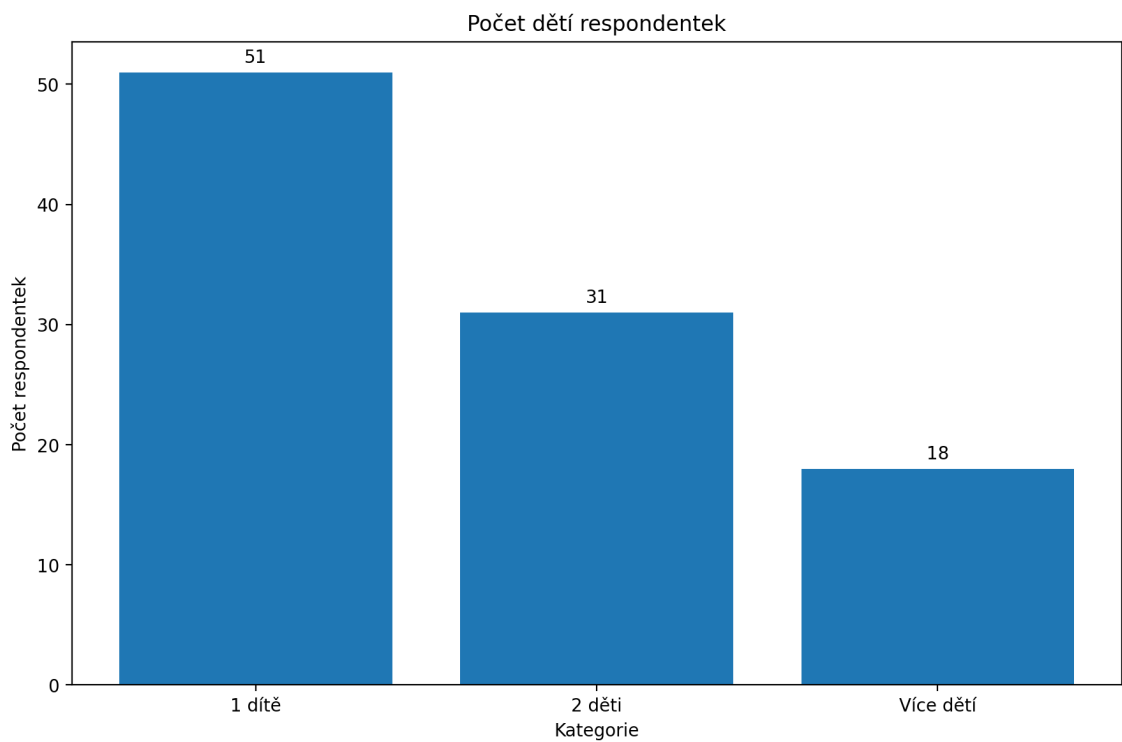
Otázka č.1: Kolik Vám je let?



Graf 1: Věk respondentek

Graf znázorňuje věk respondentek, který byl v dotazníku rozdělen do jednotlivých věkových kategorií. Nejvíce, konkrétně 29 respondentek (29 %) bylo ve věkové kategorii 30-35 let. Dále byly nejvíce zastoupeny ženy ve věku 26-30 let, a to 27 respondentek (27 %). Ve věkové kategorii 21–25 let bylo zastoupeno 21 respondentek (21 %). Menší část výzkumného souboru tvořily respondentky starší 35 let, konkrétně 18 respondentek (18 %), a nejméně byly zastoupeny ženy mladší 20 let, a to 5 respondentek (5 %).

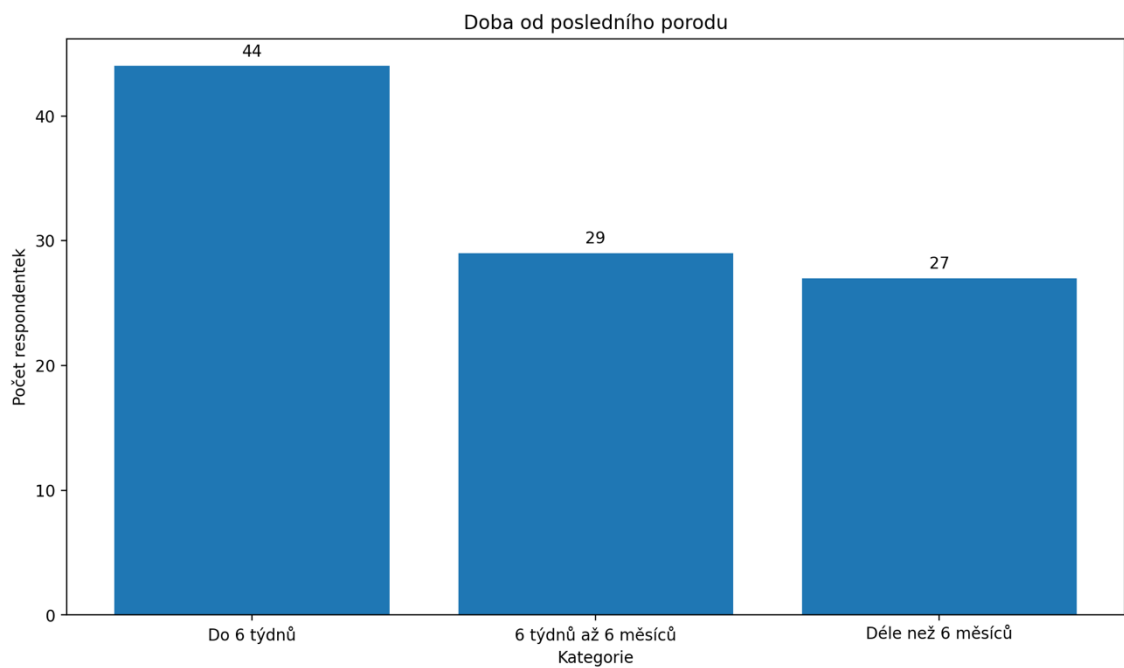
Otázka č.2: Kolik máte dětí?



Graf 2: Počet dětí respondentek

Nejvíce, celkem 51 respondentek (51 %) uvedlo, že má 1 dítě. Druhou nejčastější skupinu tvořily respondentky se 2 dětmi, a to 31 respondentek (31 %). Celkem 18 respondentek (18 %) uvedlo, že má více dětí.

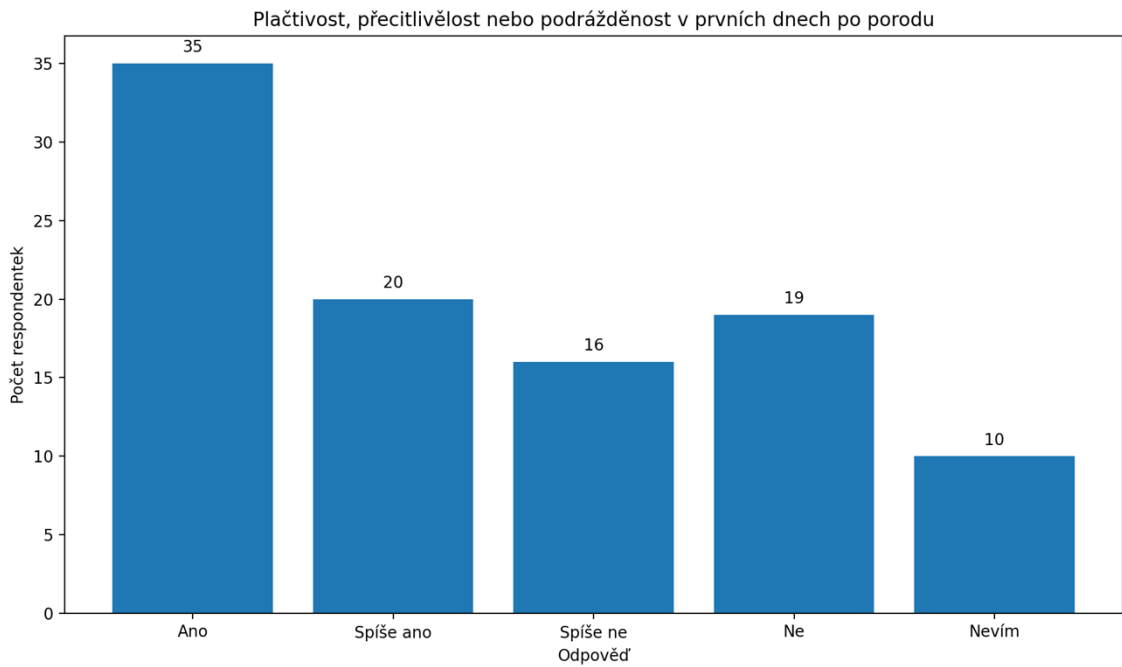
Otázka č.3: Jak dlouho je od Vašeho posledního porodu?



Graf 3: Doba od posledního porodu respondentek

Z hlediska doby, která uplynula od posledního porodu, bylo nejvíce respondentek ve skupině do 6 týdnů po porodu, konkrétně 44 respondentek (44 %). Ve skupině 6 týdnů až 6 měsíců po porodu bylo zastoupeno 29 respondentek (29 %) a 27 respondentek (27 %) uvedlo, že od jejich posledního porodu uplynulo více než 6 měsíců.

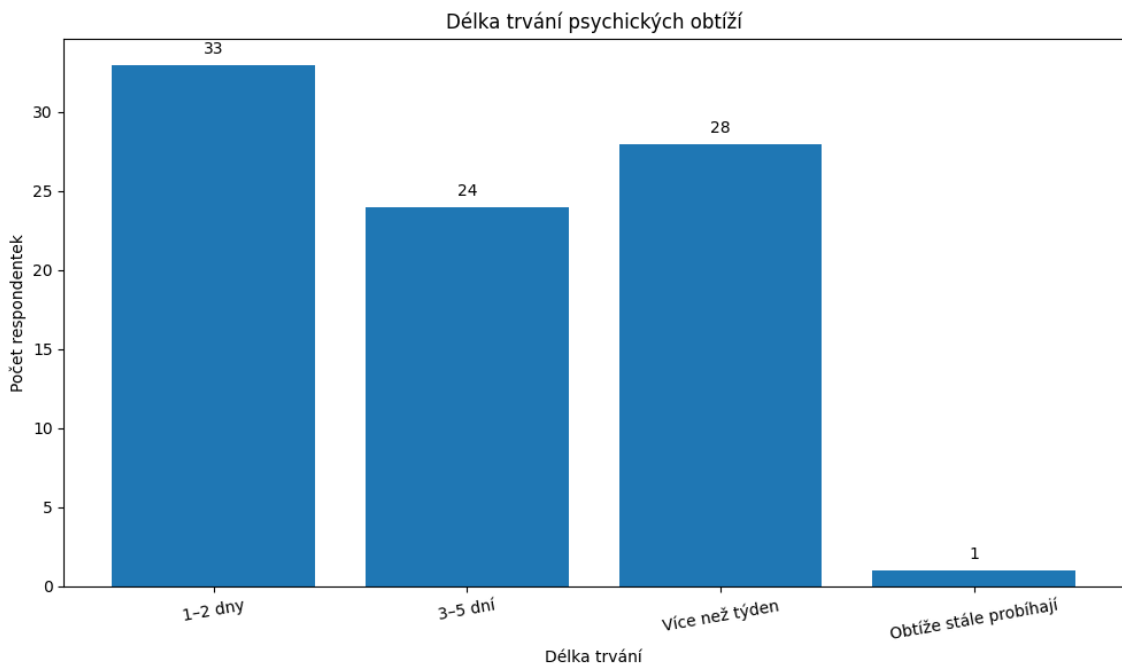
Otázka č.4: Zažila jste v prvních dnech po porodu zvýšenou plačtivost, přecitlivělost nebo podrážděnost?



Graf 4: Zvýšená plačtivost, přecitlivělost nebo podrážděnost v prvních dnech po porodu

Celkem 35 respondentek (35 %) uvedlo, že v prvních dnech po porodu jednoznačně zažilo zvýšenou plačtivost, přecitlivělost nebo podrážděnost. Odpověď spíše ano uvedlo 20 respondentek (20 %). Naopak 19 respondentek (19 %) odpovědělo, že po porodu nezažilo zvýšenou plačtivost nebo přecitlivělost a 16 respondentek (16 %) tyto pocity spíše nezažilo. Možnost nevím zvolilo 10 respondentek (10 %).

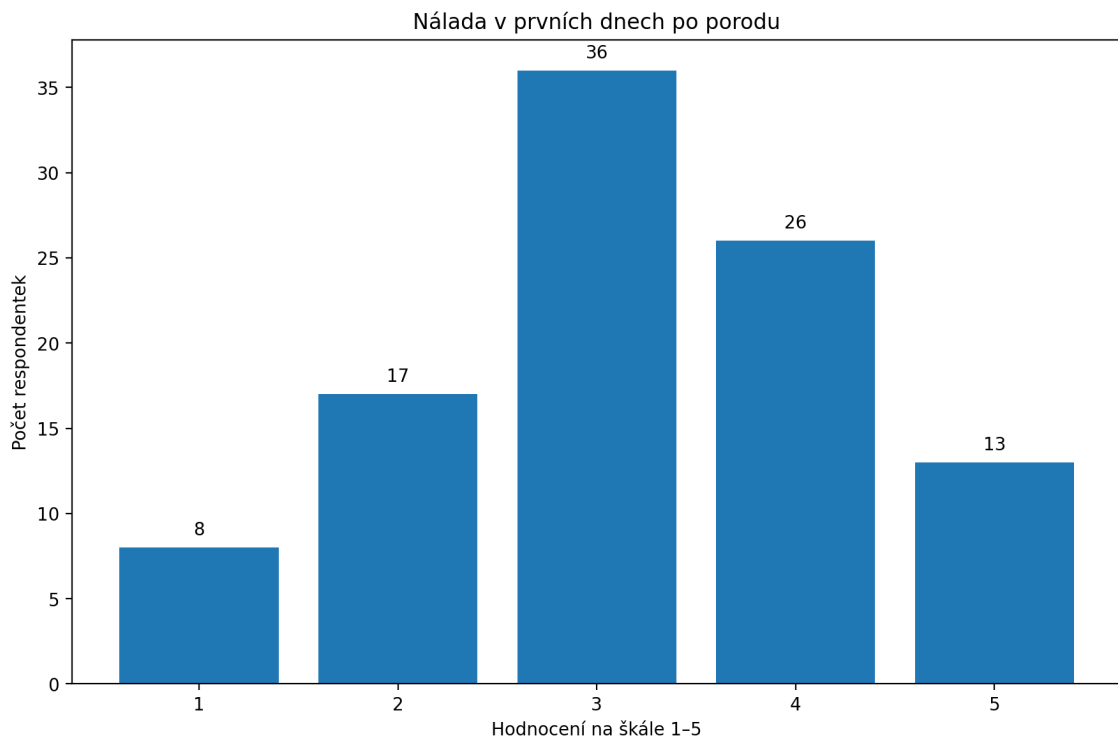
Otázka č.5: Pokud ano, jak dlouho tyto obtíže trvaly?



Graf 5: Délka trvání psychických obtíží

Nejvíce, a to 33 respondentek (33 %) uvedlo, že psychické obtíže trvaly 1-2 dny. Celkem 28 respondentek (28 %) uvedlo, že obtíže trvaly více než týden a 24 respondentek (24 %) označilo možnost 3-5 dní. U jedné respondentky dokonce obtíže stále přetrvávaly. Část odpovědí u této otázky chyběla, což pravděpodobně souviselo s tím, že některé ženy v předchozí otázce neuváděly přítomnost zvýšené plachivosti, přecitlivělosti nebo podrážděnosti.

Otázka č.6: Jak byste popsala svou náladu v prvních dnech po porodu? (Škála 1-5: velmi špatná – velmi dobrá)

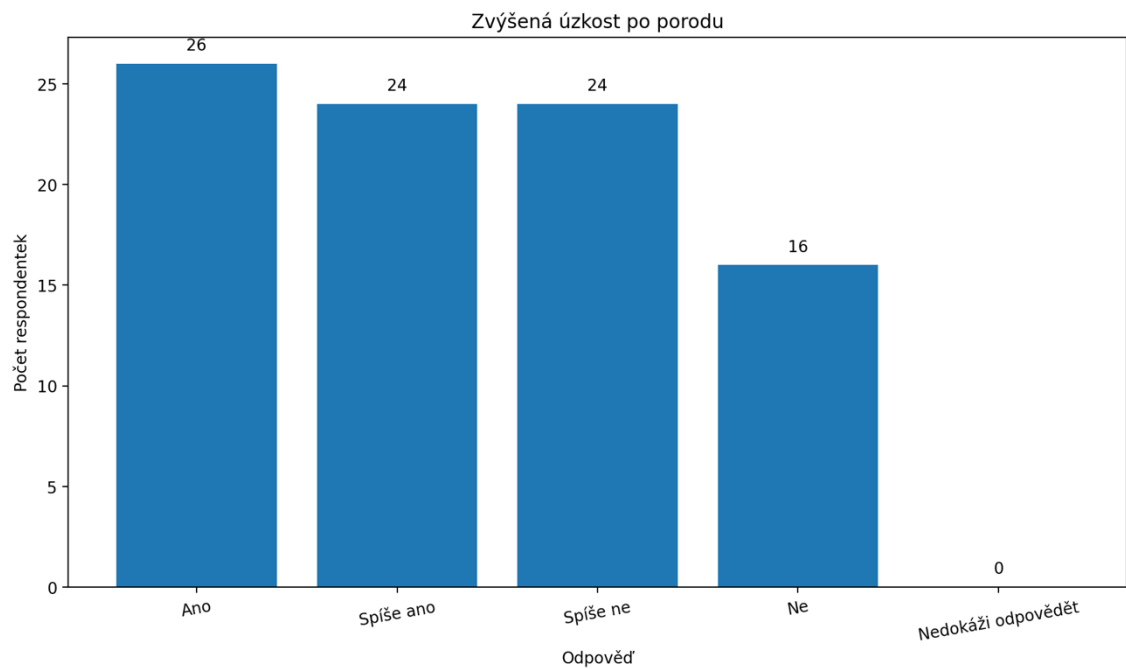


Graf 6: Nálada v prvních dnech po porodu

Tento graf znázorňuje odpovědi respondentek na otázku č. 6, ve které byla použita pětibodová hodnotící škála, kde hodnota 1 znamenala velmi špatnou náladu a hodnota 5 velmi dobrou náladu.

Celkem 36 respondentek (36 %) hodnotilo svou náladu v prvních dnech po porodu stupněm 3. Druhou nejčastější odpovědí bylo hodnocení 4, které uvedlo 26 respondentek (26 %). Hodnocení 2 zvolilo 17 respondentek (17 %) a hodnocení 5 uvedlo 13 respondentek (13 %). Nejmenší část, konkrétně 8 respondentek (8 %) označilo hodnocení 1 – velmi špatné.

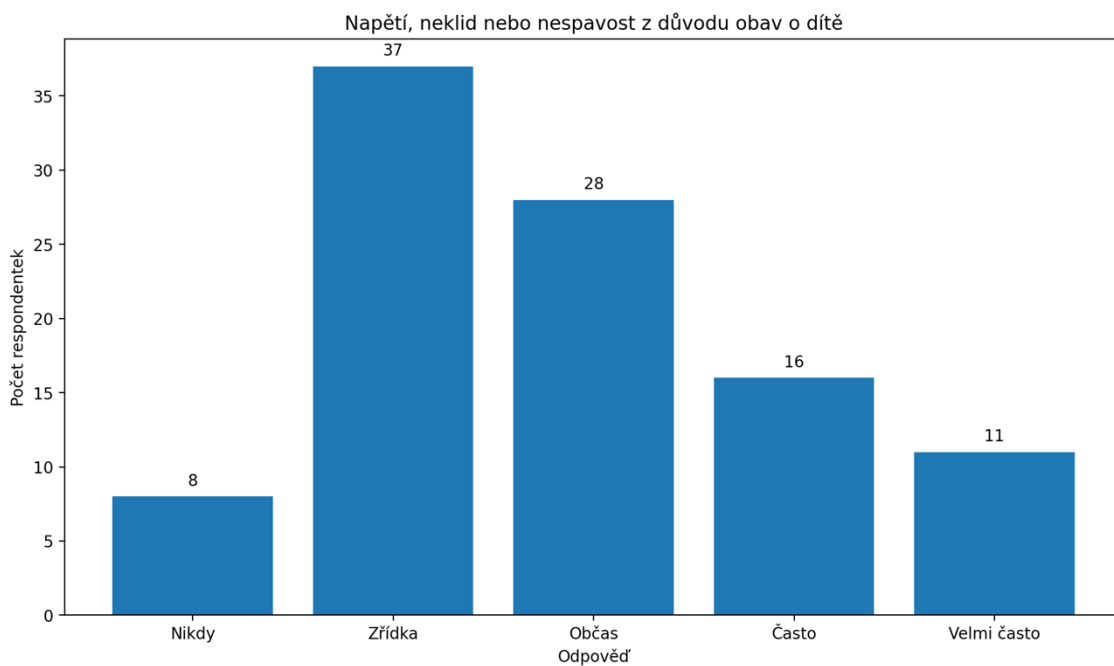
Otázka č.7: Pociťovala jste po porodu zvýšenou úzkost, např. obavy o dítě, jeho zdraví nebo péči o něj?



Graf 7: Zvýšená úzkost po porodu

Nejvíce, konkrétně 26 respondentek (26 %) uvedlo, že po porodu jednoznačně pociťovalo zvýšenou úzkost. Odpověď spíše ano i spíše ne zvolilo shodně 24 respondentek (24 %). Celkem 16 respondentek (16 %) uvedlo, že po porodu zvýšenou úzkost vůbec nepociťovalo. Možnost nedokáží odpovědět nebyla zastoupena.

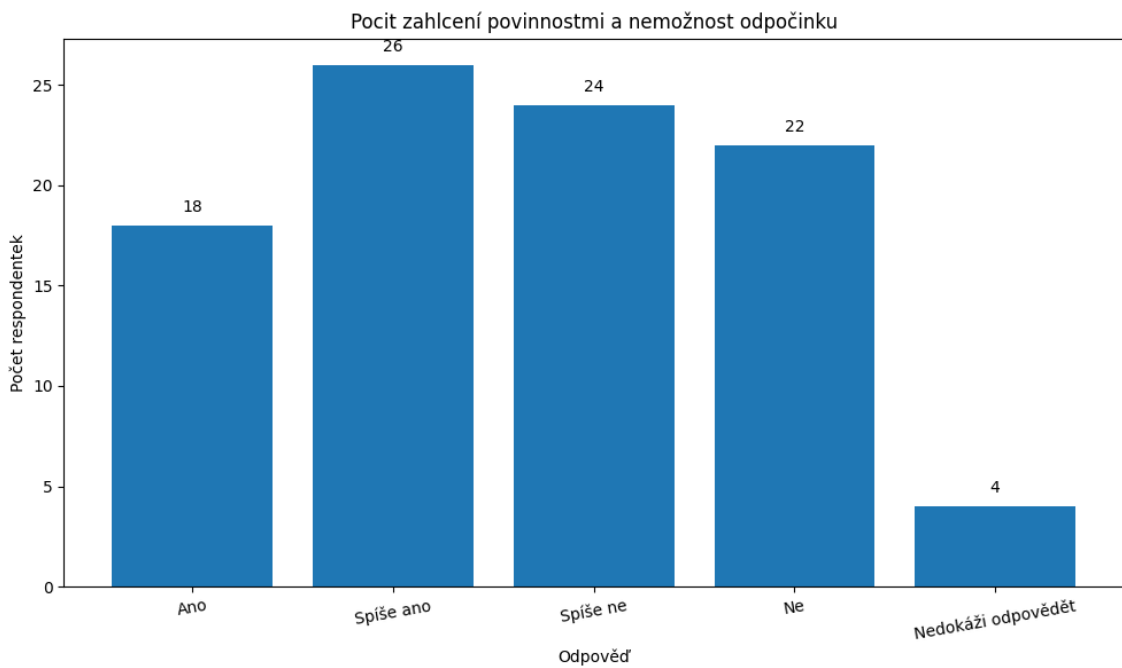
Otázka č.8: Jak často jste zažívala napětí, neklid nebo nespavost z důvodu obav o dítě?



Graf 8: Napětí, neklid nebo nespavost z důvodu obav o dítě

Celkem 37 respondentek (37 %) uvedlo, že napětí, neklid nebo nespavost z důvodu obav o dítě zažily pouze zřídka. Dalších 28 respondentek (28 %) označilo možnost občas. Často tyto obtíže pociťovalo 16 respondentek (16 %) a velmi často tyto obtíže pociťovalo 11 respondentek (11 %). Pouze 8 respondentek (8 %) uvedlo, že tyto pocity nezažívaly nikdy.

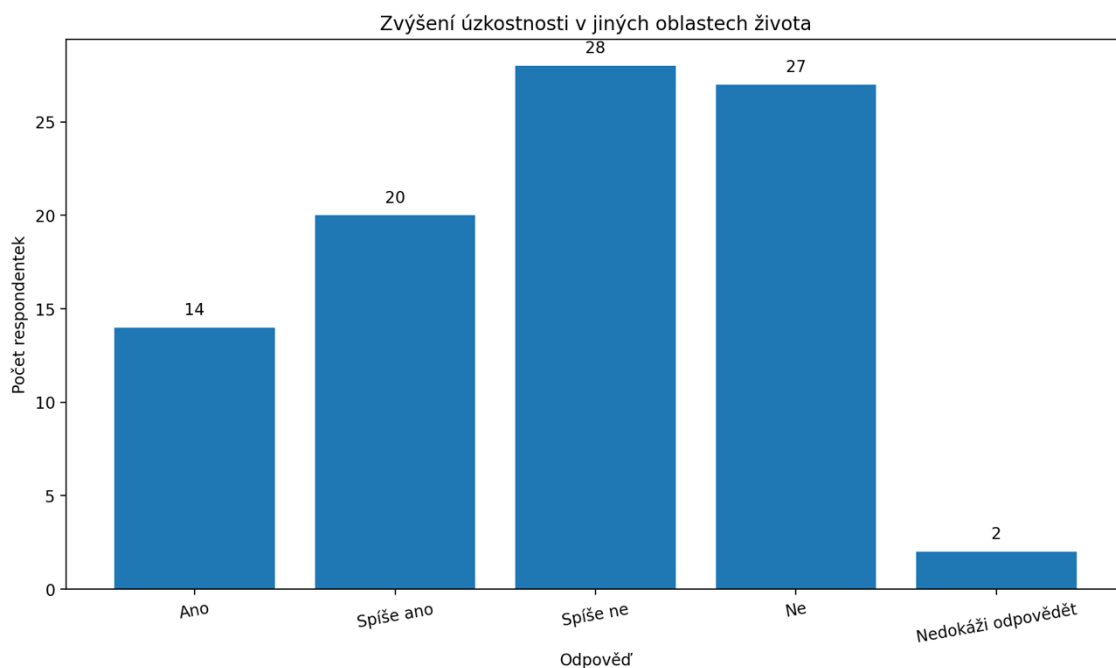
Otázka č.9: Stávalo se, že jste se cítila zahlcená povinnostmi a nedokázala si odpočinout?



Graf 9: Pocit zahlcení povinnostmi a nemožnost odpočinku

Celkem 26 respondentek (26 %) uvedlo, že se po porodu cítily spíše zahlcené povinnostmi a nedokázaly si odpočinout. Dalších 24 respondentek (24 %) označilo, že se spíše necítily zahlcené povinnostmi a nedokázaly si odpočinout a 22 respondentek (22 %) odpovědělo, že jednoznačně necítily pocity zahlcení. Jednoznačný pocit zahlcení uvedlo 18 respondentek (18 %). Pouze 4 respondentky (4 %) zvolily možnost nedokáži odpovědět.

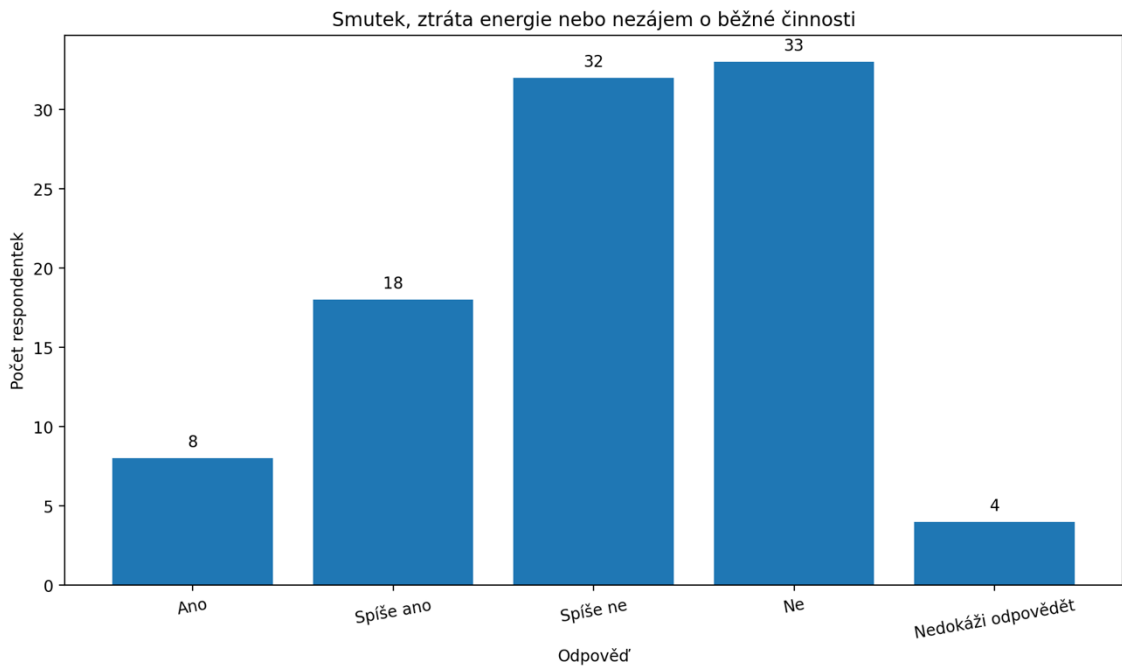
Otázka č.10: Máte pocit, že se od porodu zvýšila Vaše úzkostnost i v jiných oblastech? (např. rodina, partnerství, finance)



Graf 10: Zvýšená úzkostnost v jiných oblastech života

Celkem 28 respondentek (28 %) uvedlo, že od porodu spíše nepociťují zvýšenou úzkostnost v jiných oblastech života, dalších 27 respondentek (27 %) odpovědělo, že zvýšenou úzkostnost nepociťují vůbec. Naopak 20 respondentek (20 %) označilo možnost, že spíše zvýšenou úzkostnost pociťují a jednoznačné zvýšení úzkostnosti uvedlo 14 respondentek (14 %). Pouze 2 respondentky (2 %) zvolily možnost nedokáží odpovědět.

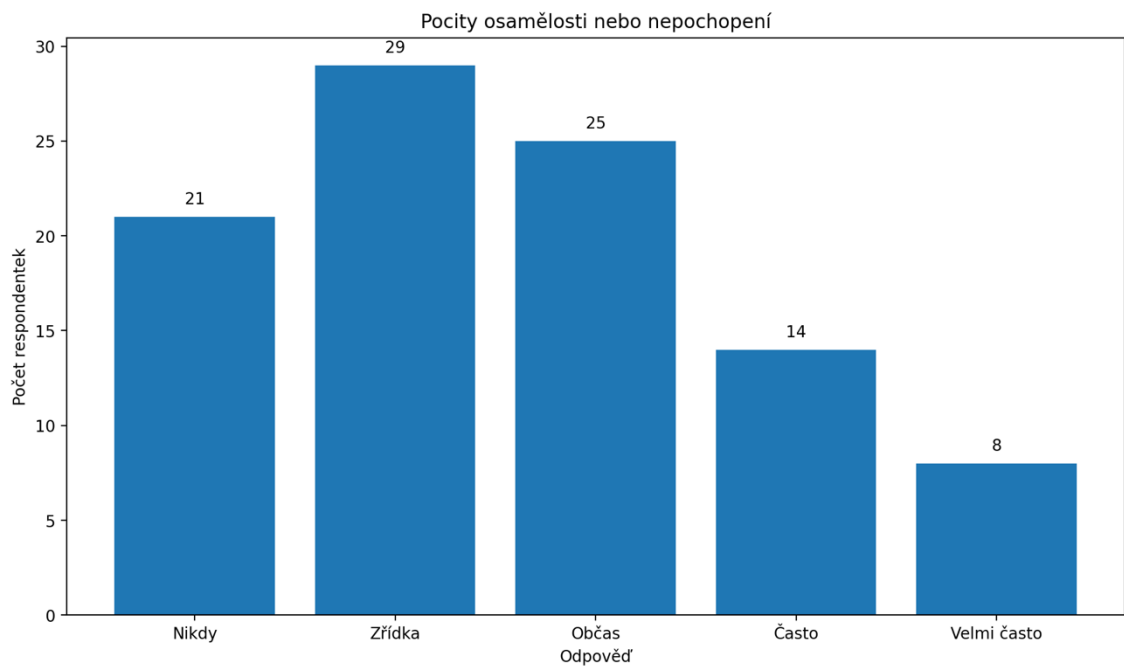
Otázka č.11: Cítala jste se v prvních měsících po porodu smutná, bez energie nebo bez zájmu o běžné činnosti?



Graf 11: Smutek, ztráta energie nebo nezám o běžné činnosti

Celkem 33 respondentek (33 %) uvedlo, že se v prvních měsících po porodu necítily smutné, bez energie nebo bez zájmu o běžné činnosti. Dalších 32 respondentek (32 %) se spíše necítily v prvních měsících po porodu smutné, bez energie nebo bez zájmu o běžné činnosti. Odpověď spíše ano zvolilo 18 respondentek (18 %) a jednoznačný výskyt těchto obtíží uvedlo 8 respondentek (8 %). Možnost nedokáži odpovědět zvolily 4 respondentky (4 %).

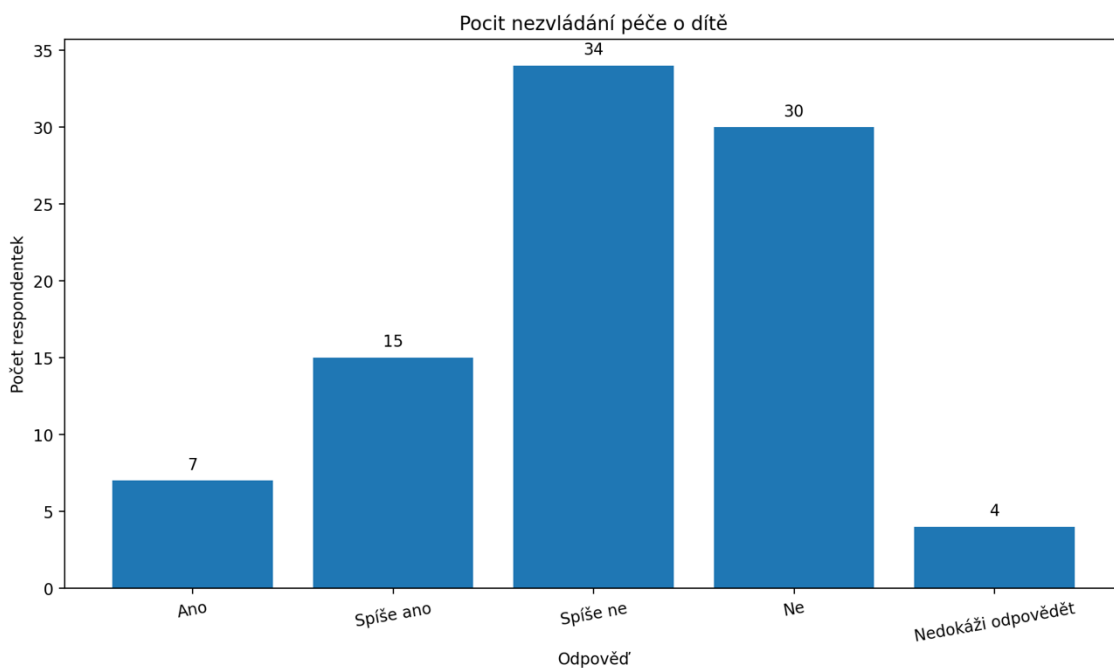
Otázka č.12: Jak často jste se cítila osamělá nebo nepochopeně?



Graf 12: Pocity osamělosti nebo nepochopení

Z odpovědí respondentek vyplynulo, že pocity osamělosti nebo nepochopení se po porodu vyskytovaly zřídka, což uvedlo 29 respondentek (29 %). Celkem 25 respondentek (25 %) zažívalo tyto pocity pouze občas a jednoznačně nikdy tyto pocity nezažilo 21 respondentek (21 %). Naopak často je uvedlo 14 respondentek (14 %) a velmi často se tyto pocity vyskytovaly u 8 respondentek (8 %).

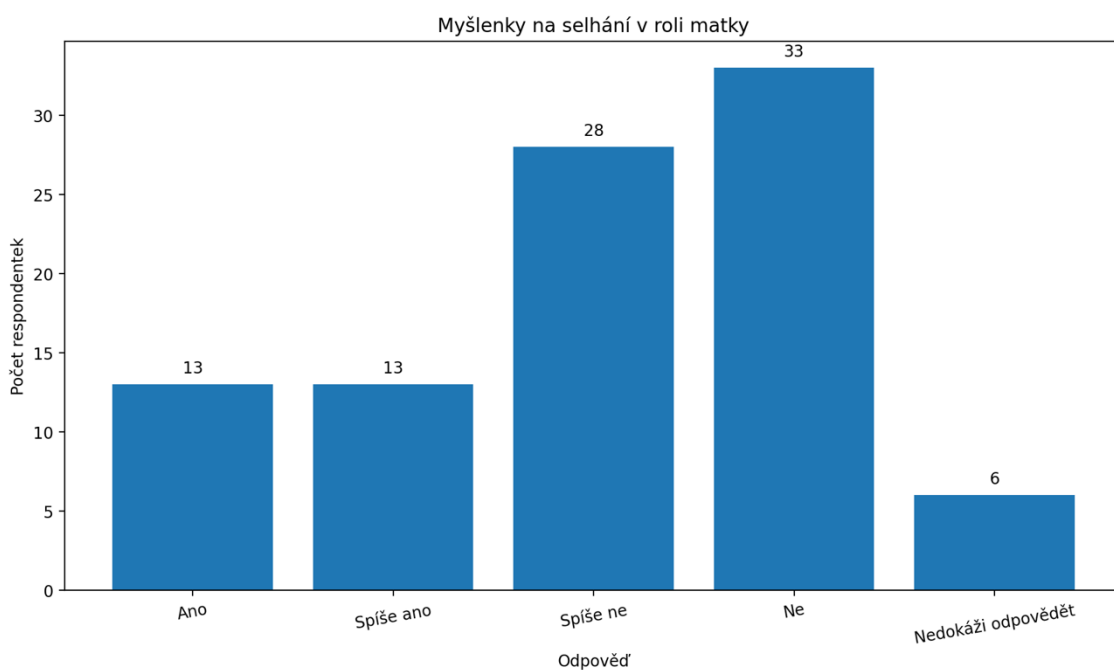
Otázka č.13: Měla jste někdy pocit, že nezvládáte péči o dítě?



Graf 13: Pocit nezvládání péče o dítě

Zde převažovaly odpovědi, které ukazovaly spíše na nepřítomnost pocitu nezvládání péče o dítě. Celkem 34 respondentek (34 %) uvedlo, že spíše nemělo pocit, že nezvládají péči o dítě, 30 respondentek (30 %) jednoznačně nemělo pocit, že by péči nezvládaly. Naopak 15 respondentek (15 %) mělo pocit, že péči o dítě spíše nezvládají a 7 respondentek (7 %) tento pocit zažívaly jednoznačně. Možnost nedokáží odpovědět zvolily 4 respondentky (4 %).

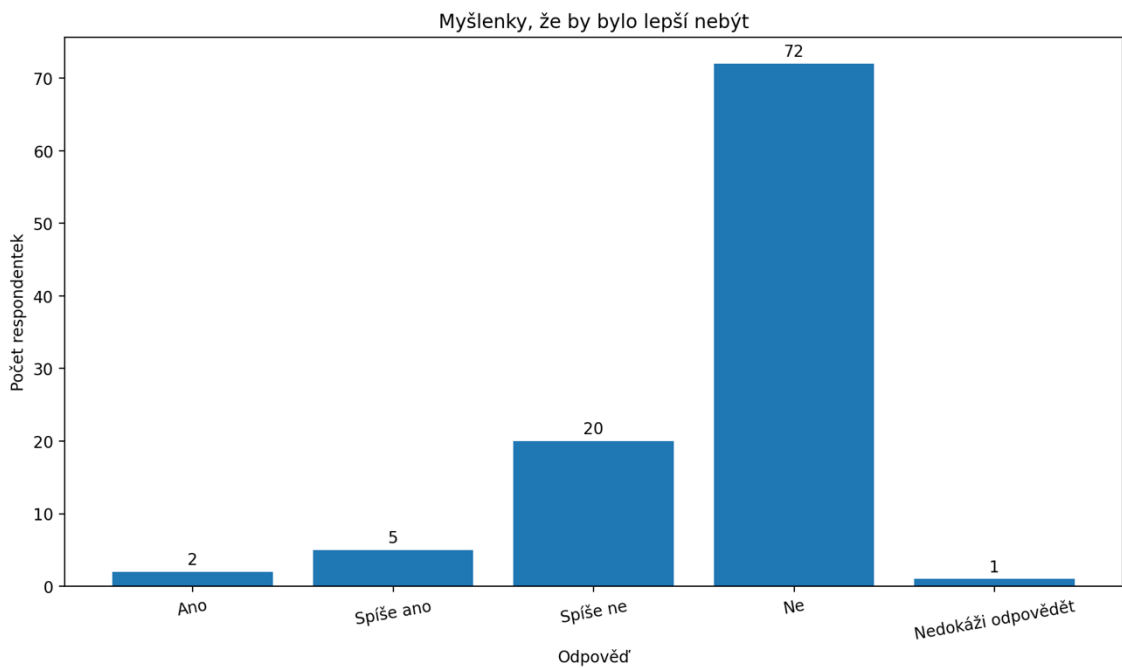
Otázka č.14: Vyskytly se u Vás myšlenky, že jste jako matka selhala?



Graf 14: Myšlenky na selhání v roli matky

U této otázky se častěji objevovaly odpovědi, které ukazovaly, že respondentky myšlenky na selhání v roli matky spíše neměly. Odpověď, že tyto myšlenky ženy vůbec neměly se objevila u 33 respondentek (33 %), 28 respondentek (28 %) tyto myšlenky spíše neměly. Naopak 13 respondentek (13 %) připustilo, že tyto myšlenky měly a stejný podíl respondentek uvedlo, že tyto pocity spíše měly. Možnost nedokáží odpovědět zvolilo 6 respondentek (6 %).

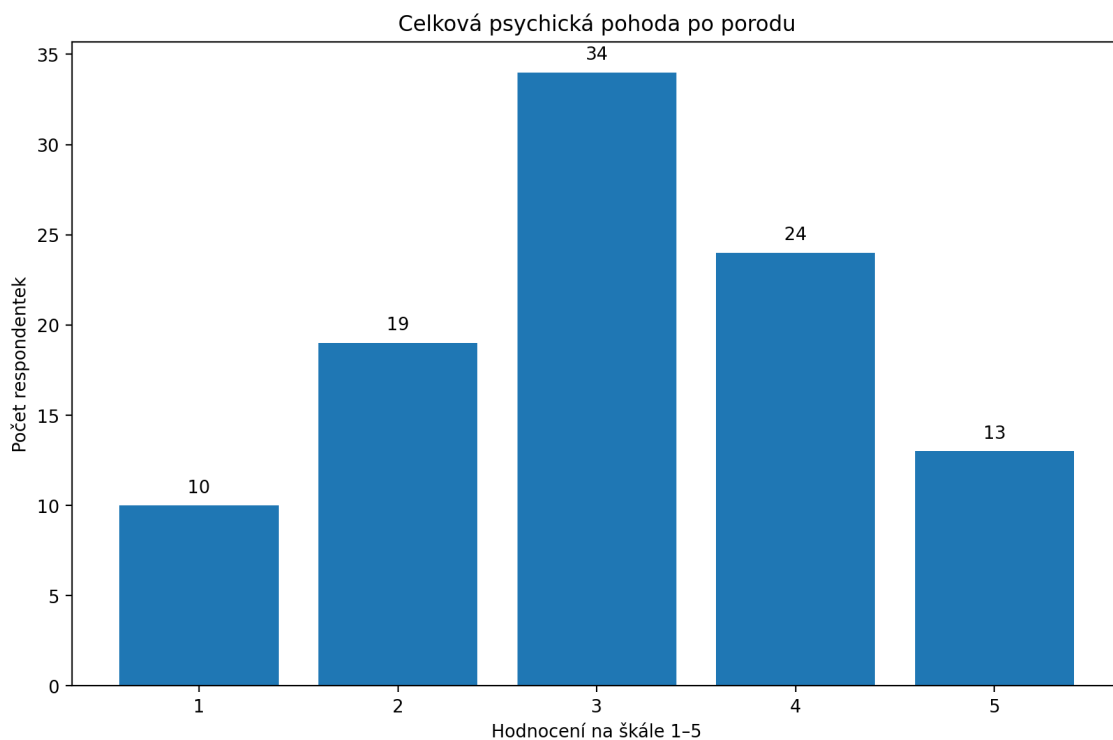
Otázka č.15: Měla jste někdy pocit, že by bylo lepší, kdybyste tu nebyla?



Graf 15: Myšlenky, že by bylo lepší nebýt

U této otázky výrazně převažovala odpověď ne, kterou uvedlo 72 respondentek (72 %). Dalších 20 respondentek (20 %) uvedlo, že tyto myšlenky spíše neměly. Naopak 5 respondentek (5 %) tyto myšlenky spíše měly a 2 respondentky (2 %) uvedly, že je jednoznačně měly. Možnost nedokáží odpovědět zvolila pouze 1 respondentka (1 %).

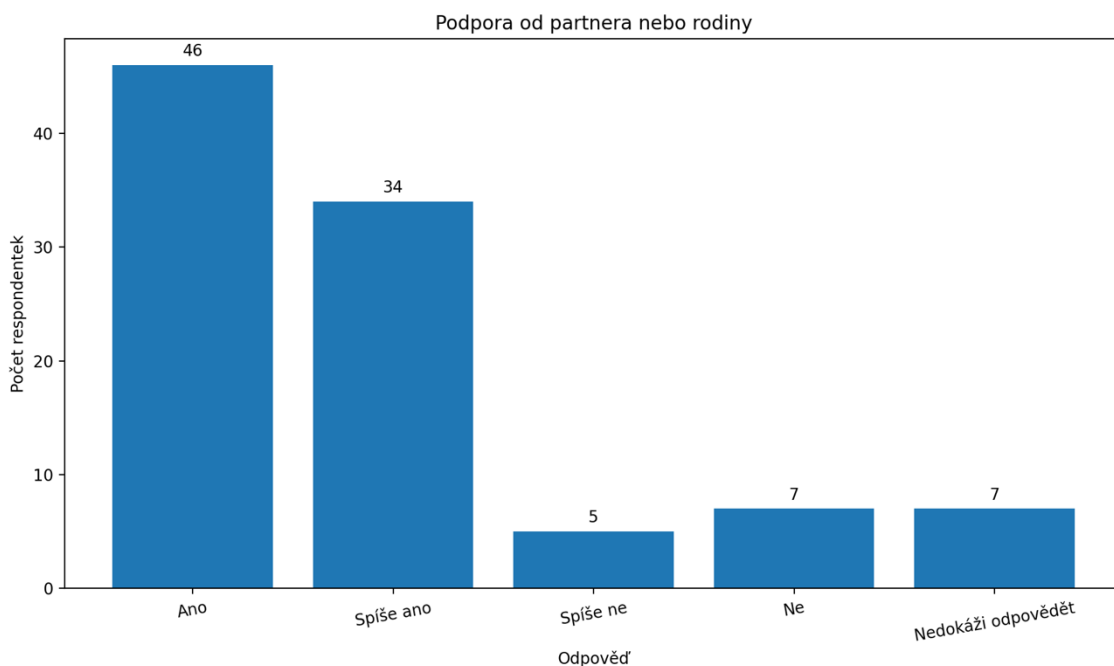
Otázka č.16: Jak byste popsala svou celkovou psychickou pohodu v období po porodu? (škála 1-5: velmi špatná – velmi dobrá)



Graf 16: Celková psychická pohoda po porodu

Graf 16 zachycuje odpovědi respondentek na otázku č. 16, která byla formulována pomocí pětibodové hodnotící škály. Na této škále představovala hodnota 1 velmi špatnou psychickou pohodu a hodnota 5 velmi dobrou psychickou pohodu. Nejvíce respondentek hodnotilo svou celkovou psychickou pohodu stupněm 3, a to 34 respondentek (34 %). Hodnocení 4 uvedlo 24 respondentek (24 %) a stupeň 2 označilo 19 respondentek (19 %). Hodnotu 5 – velmi dobrá, zvolilo 13 respondentek (13 %), zatímco hodnocení 1- velmi špatná, uvedlo 10 respondentek (10 %).

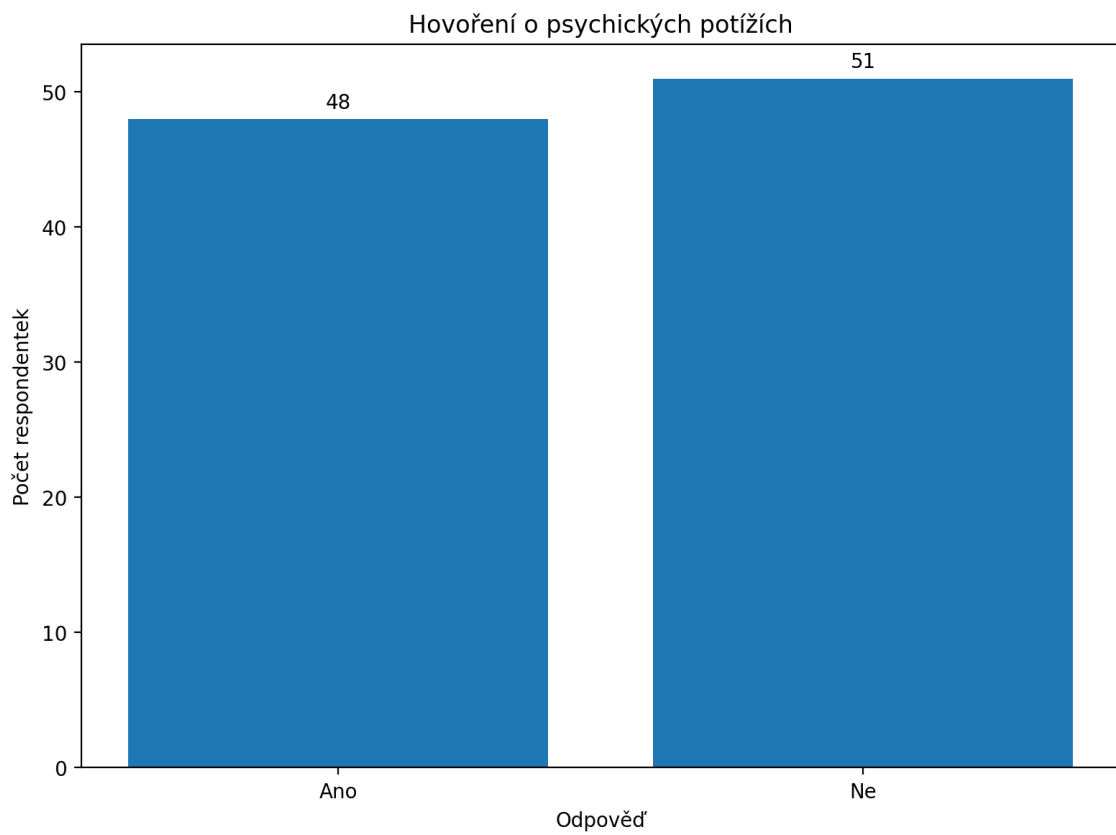
Otázka č.17: Cítíte dostatečnou podporu od svého partnera/rodiny?



Graf 17: Podpora od partnera nebo rodiny

V této otázce se nejčastěji objevovaly odpovědi, které ukazovaly na dostatečnou podporu ze strany partnera nebo rodiny. Respondentek, které jednoznačně podporu pociťovalo bylo 46 (46 %), možnost spíše ano uvedlo 34 respondentek (34 %). Naopak 7 respondentek (7 %) odpovědělo, že podporu necítily, stejný podíl žen zvolilo možnost nedokáži odpovědět. Podporu ze strany partnera nebo rodiny spíše necítilo celkem 5 respondentek (5 %).

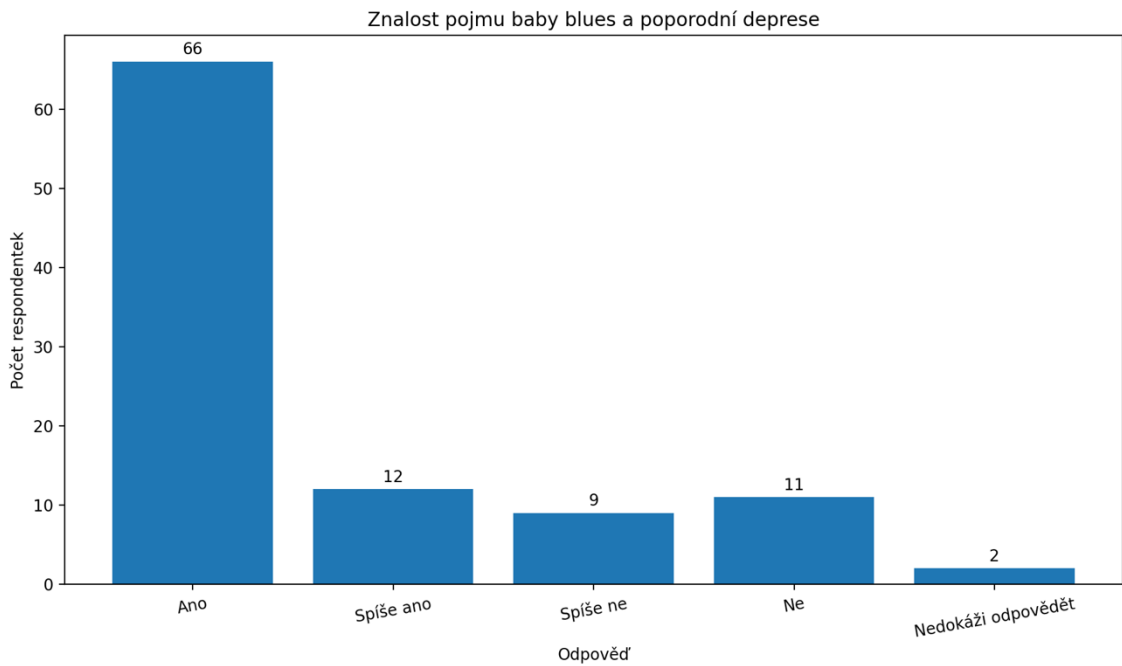
Otázka č.18: Hovořila jste někdy s někým o svých psychických potížích? (partner, rodina, kamarádka, odborník)



Graf 18: Hovoření o psychických potížích

Rozložení odpovědí u této otázky bylo poměrně vyrovnané. Celkem 51 respondentek (51 %) uvedlo, že o svých potížích s nikým nehovořilo, zatímco 48 respondentek (48 %) o nich s někým hovořilo.

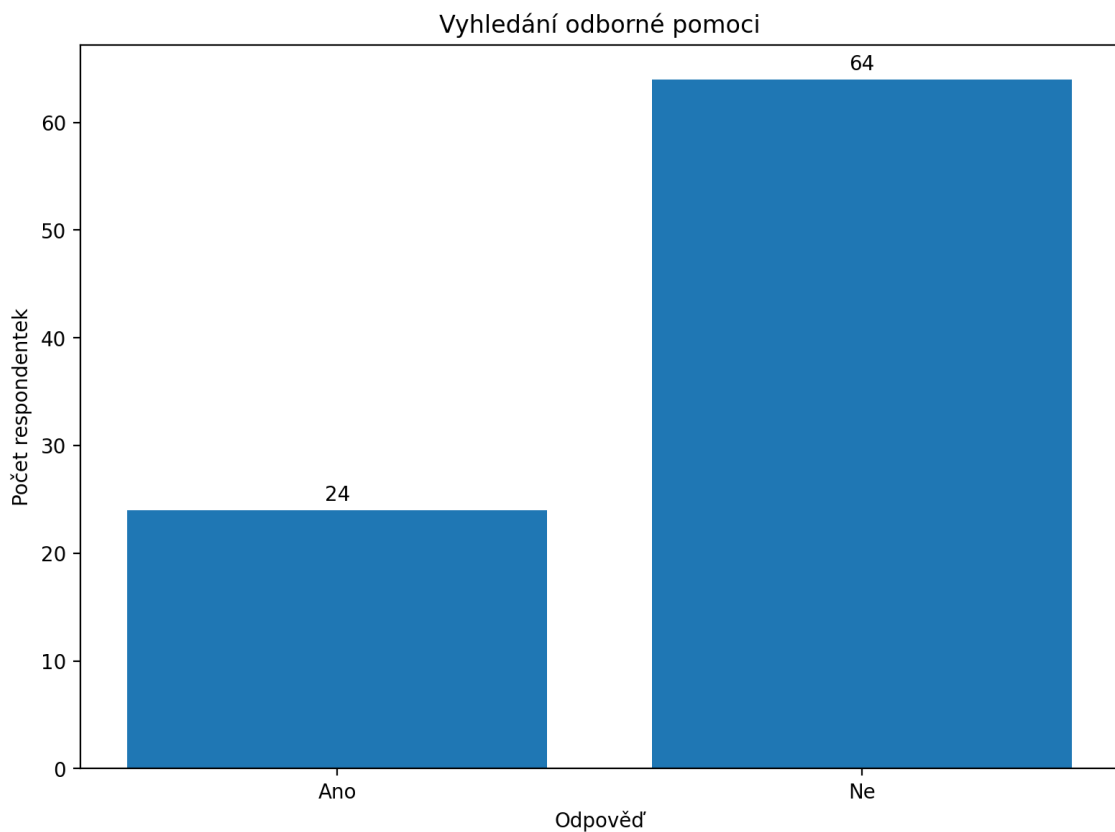
Otázka č.19: Znáte pojem baby blues a poporodní deprese?



Graf 19: Znalost pojmu baby blues a poporodní deprese

Zde jasně převažovaly odpovědi, které potvrzovaly znalost pojmu baby blues a poporodní deprese. Celkem 66 respondentek (66 %) tyto pojmy znalo, dalších 12 respondentek (12 %) zvolilo odpověď spíše ano. Naopak 11 respondentek (11 %) uvedlo, že pojmy baby blues a poporodní deprese vůbec neznalo a 9 respondentek (9 %) zvolilo možnost spíše ne. Možnost nedokáží odpovědět zvolily 2 respondentky (2 %).

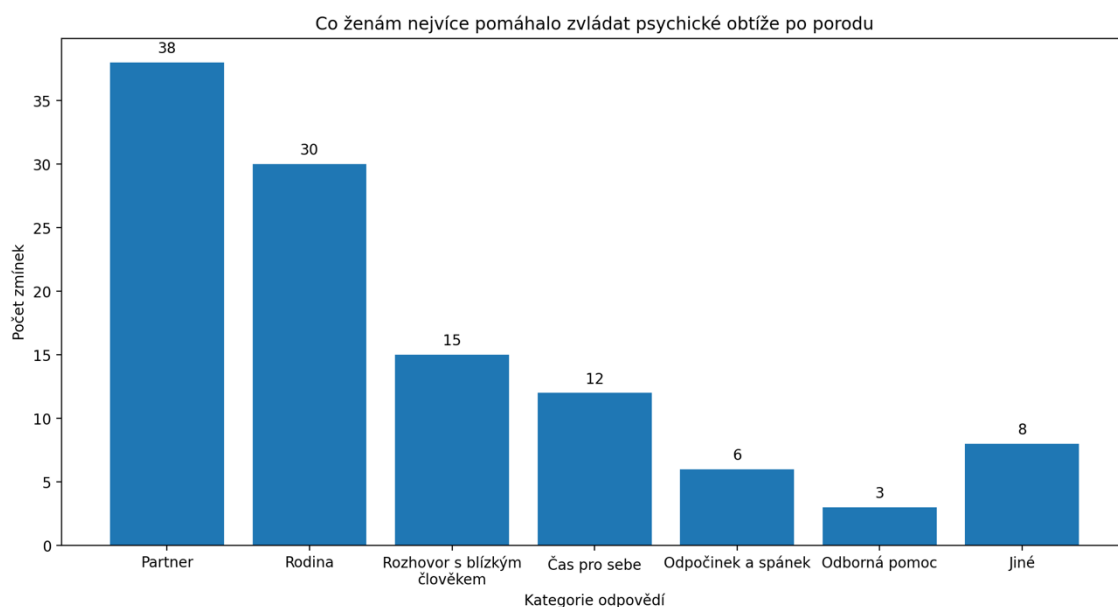
Otázka č.20: Pokud jste měla psychické obtíže po porodu, vyhledala jste odbornou pomoc?



Graf 20: Vyhledání odborné pomoci

Odbornou pomoc po porodu vyhledala menší část respondentek, a to 24 respondentek (24 %), zatímco 64 respondentek (64 %) odbornou pomoc nevyhledalo. Část respondentek na tuto otázku neodpověděla, což pravděpodobně souviselo s tím, že psychické obtíže po porodu neudávaly.

Otázka č.21: Co Vám osobně nejvíce pomáhalo zvládat psychické obtíže po porodu?



Graf 21: Co ženám nejvíce pomáhalo zvládat psychické obtíže po porodu?

Otázka č. 21 byla formulována jako otevřená otázka. Jednotlivé odpovědi byly následně roztříděny do tematických kategorií. Jedna odpověď mohla obsahovat více forem podpory, proto součet jednotlivých kategorií nepředstavuje počet respondentek, ale počet zmínek. Z odpovědí respondentek vyplynulo, že nejčastěji uváděnou oporou byl partner, který se objevil ve 38 odpovědích. Na druhém místě byla nejčastěji zmiňována rodina, a to ve 30 případech. Další část žen uváděla rozhovor s blízkým člověkem, čas pro sebe nebo odpočinek a spánek. Odborná pomoc se v odpovědích objevovala spíše okrajově. Do kategorie jiné byly zařazeny například odpovědi jako vyplakání se, pohyb, kontakt s miminkem, vědomí, že na situaci žena není sama, nebo postupné odeznění obtíží, vnitřní síla a důvěra sama v sebe.

2.6 Vyhodnocení výzkumných otázek

Vyhodnocení výzkumné otázky č.1: Jaké projevy psychických obtíží jsou u žen v období šestinedělí nejčastější a jak dlouho trvaly?

Oblast/otázka	Nejčastější odpověď	Relativní četnost (%)
Plačtivost, přecitlivělost a podrážděnost	Ano	35 %
Zvýšená úzkost	Ano	26 %
Napětí, neklid, nespavost	Zřídka	37 %
Pocit zahlcení povinnostmi	Spíše ano	26 %
Osamělost a nepochopení	Zřídka	29 %
Pocity selhání v roli matky	Ne	33 %

Tabulka 1: Vyhodnocení výzkumné otázky č.1: Nejčastější projevy psychických obtíží

Délka trvání psychických obtíží	Relativní četnost (%)
1-2 dny	33 %
3-5 dní	24 %
Více než jeden týden	28 %
Obtíže stále probíhají	1 %

Tabulka 2: Vyhodnocení výzkumné otázky č.1: Délka trvání obtíží

Výzkumná otázka č.1 byla zaměřena na to, jaké projevy psychických obtíží se u žen v období šestinedělí objevovaly nejčastěji a jak dlouho tyto obtíže trvaly. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že psychické obtíže se u respondentek objevovaly v různých podobách a s různou intenzitou. Nejčastěji ženy uváděly zvýšenou plačtivost, přecitlivělost a podrážděnost, dále zvýšenou úzkost, napětí, neklid, pocity zahlcení povinnostmi a osamělosti. Tyto obtíže lze chápat jako projevy psychické nepohody, které se v období po porodu u části žen objevují v souvislosti s celkovou adaptací na novou životní situaci. Méně výrazně byly v odpovědích zastoupeny pocity selhání v roli matky. Z hlediska délky trvání ženy nejčastěji uváděly kratší časové rozmezí, nejčastěji 1-2 dny. U části respondentek však psychické obtíže přetrvávaly i delší dobu, a to několik dní nebo více než jeden týden. Z těchto výsledků je patrné, že psychické obtíže po porodu nebyly u respondentek ojedinělým jevem a jejich průběh byl individuální jak z hlediska formy, tak z hlediska trvání.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.2: Co ženám nejvíce pomáhalo při zvládnání psychických obtíží?

Forma pomoci	Počet zmínek (*)
Partner	38*
Rodina	30*
Rozhovor s blízkým člověkem	15*
Čas pro sebe	12*
Odpočinek a spánek	6*
Odborná pomoc (terapie)	3*
Jiné	8*

Tabulka 3: Vyhodnocení výzkumné otázky č.2: Co ženám nejvíce pomáhalo obtíže zvládat

Výzkumná otázka č.2 se zaměřovala na to, co ženy v období šestinedělí samy považovaly za největší pomoc při zvládnání psychických obtíží. Při vyhodnocení této otázky bylo vycházeno z otevřených odpovědí respondentek, které byly následně roztrženy do tematických kategorií. Z odpovědí bylo patrné, že nejvýznamnější oporou pro ženy představoval především partner. Často se objevovala také rodina a rozhovor s blízkým člověkem. Vedle mezilidské podpory ženy uváděly také čas pro sebe, dostatečný odpočinek a dostatek spánku, tedy faktory, které jim umožňovaly psychické zklidnění a lepší zvládnání náročného období po porodu. Odborná pomoc ve formě terapie se v odpovědích objevovala spíše okrajově. Výsledky tak ukazují, že ženy při zvládnání psychických obtíží nejčastěji využívaly především přirozené zdroje podpory ve svém nejbližším okolí. Velký význam pro ně měla možnost sdílení, porozumění a pocit, že na své obtíže nejsou samy.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.3: Jakou roli při zvládnání obtíží má podpora partnera, rodiny a blízkého okolí?

Oblast/otázka	Nejčastější odpověď	Relativní četnost (%) / počet zmínek (*)
Pocit dostatečné podpory od partnera nebo rodiny	Ano	46 %
	Spíše ano	34 %
Hovoření o psychických potížích	Ne	51 %
	Ano	48 %
Vyhledávání odborné pomoci	Ne	64 %
Co ženám nejvíce pomáhalo zvládat psychické obtíže po porodu?	Partner	38*

Tabulka 4: Vyhodnocení výzkumné otázky č.3: Role podpory partnera, rodiny a blízkého okolí

Výzkumná otázka č.3 byla zaměřena na roli partnera, rodiny a blízkého okolí při zvládnání psychických obtíží po porodu. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že právě podpora nejbližších osob měla pro respondentky výrazný význam. Většina žen vnímala podporu od partnera nebo rodiny jako dostatečnou, přičemž 46 % respondentek uvedlo odpověď ano a dalších 34 % žen označilo možnost spíše ano. Současně se v odpovědích respondentek partner a rodina objevovaly jako nejčastější zdroj pomoci při zvládnání psychických obtíží. Na druhé straně se ukázalo, že ne všechny ženy o svých psychických obtížích s někým otevřeně mluvily. Celkem 51 % respondentek uvedlo, že o svých obtížích s nikým nemluvalo, zatímco 48 % žen odpovědělo, že o nich s někým hovořilo. Tento výsledek naznačuje, že i když ženy podporu svého okolí vnímali, sdílení vlastních psychických obtíží pro ně nemuselo být vždy samozřejmé. Z výsledků tedy vyplývá, že partner, rodina a blízké okolí představovali pro ženy důležitou psychickou oporu a významně se podíleli na zvládnání psychických obtíží v období šestinedělí.

3 Diskuse

První výzkumná otázka byla zaměřena na nejčastější projevy psychických obtíží u žen v období šestinedělí a na délku jejich trvání. K jejímu zodpovězení se vztahovaly především otázky 4-16 v dotazníku, které byly zaměřeny na zvýšenou plačtivost, přecitlivělost, podrážděnost, úzkost, napětí, neklid, nespavost, pocity zahlcení, osamělosti, nepochopení, smutku, selhání a celkovou psychickou pohodu. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že mezi nejčastější projevy psychických obtíží patřila zvýšená plačtivost, přecitlivělost a podrážděnost, kde nejčastější odpověď ano uvedlo 35 % respondentek. Dále se objevovala také zvýšená úzkost, u níž odpověď ano zvolilo 26 % žen. V oblasti napětí, neklidu a nespavosti byla nejčastější odpověď zřídka s relativní četností 37 %. U pocitu zahlcení povinnostmi se nejčastěji objevovala odpověď spíše ano u 26 % respondentek a u osamělosti a nepochopení byla nejčastější odpovědí možnost zřídka s četností 29 %. Naopak pocity selhání roli matky byly zastoupeny méně výrazně, přičemž nejčastější odpovědí bylo ne u 33 % žen. Závažnější projevy psychické nepohody byly v odpovědích zastoupeny méně výrazně. Z hlediska délky trvání obtíží ženy nejčastěji uváděly kratší časové rozmezí, nejčastěji 1-2 dny, což odpovídalo 33 % odpovědí. Současně však nelze přehlédnout, že 24 % respondentek uvedlo délku trvání 3-5 dní a 28 % žen dokonce více než jeden týden. U 1 % respondentek obtíže stále probíhaly. Výsledky tedy ukazují, že psychická nepohoda po porodu nebyla u respondentek ojedinělým jevem a nejčastěji se projevovala zvýšenou citlivostí, emoční labilitou a psychickým přetížením. Zároveň je však patrné, že ačkoli u části žen měly obtíže krátkodobý charakter, u nemalé části respondentek přetrvávaly déle, což může naznačovat vyšší míru psychické zátěže a potřebu větší pozornosti ze strany zdravotníků i rodiny. Právě tato skutečnost je z klinického hlediska významná, protože delší trvání obtíží může být jedním z ukazatelů, že nejde pouze o běžnou poporodní adaptaci, ale o stav vyžadující další sledování. Podobné poznatky uvádí také Králíková (2018) ve své bakalářské práci zaměřené na psychické poruchy v šestinedělí, kde mezi časté projevy psychické nepohody po porodu řadí emoční labilitu, plačtivost a úzkost. Obdobně narativní přehled Tosto et. al. popisuje baby blues jako stav spojený s nízkou náladou, zvýšenou plačtivostí, úzkostí a přechodnou emoční nestabilitou v prvních dnech po porodu. Výsledky mého výzkumného šetření se s těmito poznatky shodují především v tom, že psychické obtíže po porodu se u žen často projevují mírnějšími, ale významnými změnami nálady a psychického prožívání, které mají ve většině případů přechodný charakter. Současně se však ukázalo, že u části žen potíže přetrvávaly déle než několik dnů, a proto je vhodné nevnímat poporodní psychickou nepohodu jako samozřejmě rychle odeznívající stav. Domnívám se, že právě tato zjištění potvrzují význam včasného sledování psychického stavu ženy již v časném šestinedělí, a to nejen při hospitalizaci, ale i po návratu do domácího prostředí, kdy se na ženu kumulují nové povinnosti, únava a často i pocit vysoké odpovědnosti. (Králíková, 2018; Tosto, et.al., 2023)

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na to, co ženy samy považovaly za největší pomoc při zvládnání psychických obtíží po porodu. Vycházela především z otevřené otázky č.21, jejíž odpovědi byly následně roztříděny do tematických kategorií. Z odpovědí respondentek bylo patrné, že nejčastěji uváděnou formou pomoci byl partner, který se objevil ve 38 zmínkách. Dále následovala rodina s 30 zmínkami a rozhovor s blízkým člověkem s 15 zmínkami. Menší, ale stále důležitou roli měl také čas pro sebe, který byl uveden ve 12 odpovědích, a odpočinek a spánek, které se objevily v 6 odpovědích. Odborná pomoc byla v odpovědích zastoupena méně často, konkrétně ve 3 případech. Tyto výsledky ukazují, že ženy při zvládnání psychických obtíží po

porodu hledaly oporu především ve svém nejbližším okolí a ve formách pomoci, které pro ně byly přirozeně dostupné, časově dosažitelné a emočně bezpečné. Významnou roli pro ně měla možnost sdílení, pocit porozumění a psychické zklidnění. Tento výsledek je z hlediska interpretace velmi důležitý. Ukazuje totiž, že ženy v období šestinedělí nevnímají pomoc pouze jako odborný zásah, ale především jako každodenní přítomnost podpůrné osoby, praktickou pomoc a emoční blízkost. Zatímco odborná pomoc bývá spojována spíše se závažnějšími nebo déletrvajících obtížemi, běžné každodenní zvládnání psychické nepohody je podle respondentek úzce navázáno na kvalitu partnerského a rodinného zázemí. V tomto směru lze předpokládat, že důležitou roli sehrává nejen samotná přítomnost partnera nebo rodiny, ale i jejich schopnost ženě naslouchat, respektovat její prožívání a vytvořit prostor pro odpočinek. Domnívám se, že právě tato běžná forma pomoci může mít v praxi velmi silný preventivní efekt, protože ženě umožňuje zvládat náročné období dříve, než dojde k rozvoji závažnější poruchy. Podobně také Tvrdá (2020) ve své diplomové práci zdůrazňuje význam sociální opory a partnerského zázemí pro psychické prožívání ženy v období puerperia. Zahraniční literatura zároveň potvrzuje, že vnímaná sociální opora je významně spojena s lepším duševním zdravím v poporodním období a může působit jako ochranný faktor proti rozvoji psychických obtíží. Ve své teoretické části práce uvádím také poznatky Antoinou et al. (2021), podle nichž měly ženy nespokojené v partnerském vztahu až několikanásobně vyšší pravděpodobnost výskytu perinatálního distresu než ženy, které vztah hodnotily jako podporující. Výsledky mého výzkumného šetření se s těmito poznatky shodují, protože i u respondentek byla jako nejvýznamnější pomoc opakovaně uváděna právě podpora partnera, rodiny a blízkého okolí. Zároveň se ukazuje, že psychická pohoda ženy po porodu není ovlivněna pouze individuální odolností, ale do značné míry i kvalitou vztahového a sociálního zázemí, v němž se po porodu nachází. (Tvrdá, 2020; Yim et al., 2015)

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na význam podpory partnera, rodiny a blízkého okolí při zvládnání psychických obtíží po porodu. K jejímu zodpovězení se vztahovaly především otázky č. 17, 18, 20, a 21 z dotazníku. Z výsledků vyplynulo, že většina respondentek vnímala podporu partnera nebo rodiny jako dostatečnou. Konkrétně 46 % žen uvedlo odpověď ano a dalších 34 % respondentek odpověď spíše ano. Negativní odpověď ne uvedlo pouze 7 % žen a stejný podíl připadl na možnost nedokáži odpovědět, zatímco odpověď spíše ne zvolilo 5 % respondentek. Současně se v otevřených odpovědích právě partner a rodiny objevovaly jako nejčastější zdroj pomoci. Významné místo měl také rozhovor s blízkým člověkem. Tyto výsledky poměrně jednoznačně ukazují, že sociální a partnerská opora představovala pro ženy významný stabilizační faktor v období šestinedělí. Na druhou stranu se ukázalo, že ne všechny ženy o svých psychických obtížích s někým otevřeně mluvily. Celkem 51 % respondentek uvedlo, že o svých obtížích s nikým nemluvalo, zatímco 48 % žen odpovědělo, že o nich s někým hovořilo. Výsledky dále ukázaly, že odbornou pomoc nevyhledalo 64 % respondentek, zatímco pouze menší část žen uvedla, že odbornou pomoc skutečně vyhledala. Tento výsledek naznačuje, že i když ženy podporu svého okolí vnímaly, sdílení vlastních psychických obtíží a aktivní vyhledávání odborné pomoci pro ně nemuselo být samozřejmé. Lze předpokládat, že zde hraje roli stud, obava z nepochopení, tendence bagatelizovat vlastní stav nebo přesvědčení, že psychická nepohoda po porodu tzv. patří k věci. Právě v tom lze spatřovat důležitý prostor pro porodní asistentku a další zdravotnické pracovníky, kteří mohou svým citlivým přístupem napomoci k tomu, aby ženy své obtíže rozpoznaly a nebály se o nich mluvit. V tomto směru jsou zajímavé i poznatky odborné literatury. Ve své teoretické části uvádím, že Yim et al. (2015) upozorňují na význam komunikace,

emoční podpory a zapojení rodiny pro psychické zdraví ženy po porodu. Zároveň česká data NÚDZ (2023) poukazují na to, že nedostatek podpory a problematické komunikace v nejbližším okolí patří mezi faktory zhoršující psychický stav žen po porodu. Výsledky mého výzkumného šetření tyto poznatky potvrzují, protože ukazují, že samotná přítomnost podpůrného okolí je velmi důležitá, avšak ještě neznamená, že žena své obtíže automaticky otevřeně sdělí nebo vyhledá odbornou pomoc. Za podstatné proto považuji nejen to, zda žena podporu má, ale také jakou má tato podpora kvalitu. Zda je spojena s porozuměním, bezpečím a možností otevřené komunikace. Z výsledků mého výzkumného šetření tak vyplývá, že partner, rodina a blízké okolí představují významný ochranný a stabilizační prvek, který ženám pomáhá lépe zvládat psychickou zátěž v období šestinedělí, avšak současně je potřeba podporovat i větší otevřenost žen při sdílení obtíží a zlepšovat dostupnost i přijatelnost odborné pomoci. (Yim et al., 2015).

4 Návrhy a řešení

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že psychické obtíže v období šestinedělí nejsou u žen ojedinělým jevem, ale naopak se objevují poměrně často. Současně se ukázalo, že část žen o svých obtížích s nikým nemluvila a odbornou pomoc vyhledávala spíše menší část respondentek. Z těchto zjištění vyplývá potřeba věnovat větší pozornost psychickému stavu ženy už během období těhotenství i po porodu. Za důležité lze považovat především edukaci žen o psychických změnách, které se mohou po porodu objevit. Ženy by měly mít dostatek informací o tom, co lze v období šestinedělí považovat za běžnou adaptační reakci a kdy je naopak vhodné vyhledat odbornou pomoc. Součástí této edukace by měly být také základní informace o poporodním blues, poporodní depresi a dalších závažnějších psychických obtížích. Z výsledků dále vyplynulo, že důležitou roli při zvládnání psychických obtíží hrály také blízké osoby ženy. Proto je vhodné věnovat pozornost informovanosti partnerů a rodinných příslušníků, kteří sehrávají významnou roli při podpoře ženy po porodu. Přínosné může být, pokud budou partner, rodina i blízké okolí ženy seznámeny s tím, jaké psychické změny se mohou v období šestinedělí objevit a jak mohou ženu vhodně podpořit. Důležitou roli má v tomto směru také porodní asistentka, která může v rámci péče o ženu v období šestinedělí věnovat pozornost nejen jejímu fyzickému stavu, ale i psychickému prožívání. Významná je citlivá komunikace, aktivní zájem o psychický stav ženy a vytvoření prostoru, ve kterém může žena své obtíže otevřeně sdílet. Součástí edukace ženy by mělo být také informování o možnosti využití návštěvní služby porodní asistentky v období šestinedělí, která může mít pozitivní vliv na psychický stav ženy díky včasné podpoře, možnosti sdílení obtíží a případnému doporučení další odborné pomoci. V neposlední řadě je vhodné, aby žena měla k dispozici jasné informace o tom, na jaké odborníky a služby se může v případě přetrvávajících nebo zhoršujících se psychických obtíží obrátit.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zanalyzovat psychické změny u žen v období šestinedělí, identifikovat příznaky a faktory, které ovlivňují psychickou pohodu žen po porodu a podtrhnout důležitost prevence a podpory duševního zdraví žen po porodu. Tento cíl byl v rámci práce splněn. Teoretická část práce se věnovala období šestinedělí, psychickým změnám po porodu, poporodním blues, poporodní depresi a dalším závažnějším psychickým obtížím, které se mohou v tomto období objevit. Současně byla pozornost zaměřena na význam prevence, včasného rozpoznání psychické nepohody a možností podpory ženy v období po porodu. Empirická část práce byla realizována formou kvantitativního výzkumného šetření prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že psychické obtíže se u žen v období šestinedělí objevovaly poměrně často a měly různou podobu i intenzitu. Respondentky nejčastěji uváděly zvýšenou plačtivost, přecitlivělost, podrážděnost, úzkost, napětí a pocity psychického přetížení. Délka trvání těchto obtíží byla individuální, přičemž nejčastěji ženy uváděly kratší časové rozmezí, u části respondentek však obtíže přetrvávaly i delší dobu. Výsledky dále ukázaly, že při zvládání psychických obtíží sehrával významnou roli především partner, rodina, rozhovor s blízkým člověkem, odpočinek a čas pro sebe. Význam podpory blízkého okolí se potvrdil i v tom, že právě partner a rodina byly respondentkami nejčastěji uváděny jako nejdůležitější zdroj pomoci. Za přínos práce považují především zpracování vlastního výzkumného šetření zaměřeného na citlivou a aktuální problematiku psychického prožívání žen po porodu. Práce současně poukazuje na to, že psychickému stavu ženy v období šestinedělí je potřeba věnovat větší pozornost, a to nejen z pohledu samotné ženy, ale i z pohledu porodní asistence a celkové poporodní péče. Získané výsledky mohou být využitelné v praxi porodních asistentek a dalších zdravotnických pracovníků, zejména v oblasti edukace, komunikace a včasného rozpoznání psychické nepohody ženy po porodu. Za limit výzkumného šetření lze považovat skutečnost, že data byla získávána kombinací tištěné a online formy dotazníku. Výzkumný soubor byl tedy tvořen ženami v různém časovém odstupu od porodu, což mohlo ovlivnit jejich hodnocení i zpětné vybavování psychických obtíží. Ženy, které dotazník vyplňovaly krátce po porodu na oddělení šestinedělí navíc ještě nemusely vědět, jak se jejich psychický stav bude dále vyvíjet. Některé závažnější psychické obtíže se totiž mohou projevit až s delším časovým odstupem od porodu nebo se mohou postupně prohlubovat. Dalším limitem bylo použití nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, který neumožňuje přesnější klinické posouzení psychického stavu respondentek. Za vhodný směr dalšího výzkumu považují podrobnější zaměření na psychické obtíže žen v závislosti na časovém období od porodu. Přínosné by bylo rozdělit respondentky například na ženy v prvních dvou týdnech po porodu, ženy v období do šesti týdnů po porodu, ženy v období tří až čtyř měsíců po porodu a ženy s delším časovým odstupem od porodu. Takto zaměřený výzkum by mohl lépe zachytit vývoj psychického stavu ženy v čase, protože jednotlivé psychické obtíže se mohou objevovat v odlišném období poporodního vývoje. Baby blues se typicky objevuje v prvních dnech po porodu a většinou odezní do dvou týdnů, zatímco poporodní psychóza má nástup nejčastěji v prvních dvou až čtyřech týdnech po porodu a perinatální deprese se může rozvinout kdykoli během těhotenství i v průběhu prvního roku po porodu. Odborné zdroje proto doporučují psychickou pohodu ženy sledovat opakovaně i s časovým odstupem od porodu. Současně by bylo vhodné zaměřit se také na informovanost žen o možnostech odborné pomoci a na faktory, které ovlivňují jejich rozhodování tuto pomoc vyhledat.

Seznam použité literatury

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. [online]. Washington, 2022 [cit. 2026-01-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- ANTOINOU, E., STAMOULO, P., TZANOULINO, M. D., & Orovou, E. (2021, November). Perinatal mental health; the role and the effect of the partner: a systematic review. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 11, p. 1572). MDPI.
- BERGINK, V., N. RASGON a K. L. WISNER, 2016. Postpartum psychosis: Madness, mania, and melancholia in motherhood. *American Journal of Psychiatry*. 173(12), 1179–1188. [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.gov/27609245/>
- BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ, 2023. *Pomoc obětem trestných činů a krizová pomoc* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://www.bkb.cz/>
- CARLSON, K., S. MUGHAL, Y. AZHAR a W. SIDDIQUI, 2025. Perinatal depression. In: *StatPearls* [online]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>
- CHECHKO, N., S. K. SCHMIDT a M. VOTINOV, 2023. Neural responses to monetary incentives in postpartum women affected by baby blues. *Psychoneuroendocrinology*. 148, 105991 [online]. [cit. 2026-04-21] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36463750/>
- CUNNINGHAM, F. G., K. J. LEVENO, J. S. DASHE, B. L. HOFFMAN, C. Y. SPONG a B. M. CASEY, 2022. *Williams Obstetrics*. 26. vydání. New York, NY: McGraw-Hill Education. ISBN 978-1-260-46273-9.
- DENNIS, C.-L. a T. DOWSWELL, 2013. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(2), CD001134 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23450532/>
- FAIT, Tomáš, 2021. *Šestinedělí*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-685-6.
- HEDEPY, 2024. *Online psychologická terapie a poradenství* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://hedepy.cz/>
- JAIRAJ, C., G. SENEVIRATNE, V. BERGINK, I. E. SOMMER a P. DAZZAN, 2023. Postpartum psychosis: A proposed treatment algorithm. *Journal of Psychopharmacology*. 37(10), 960–970 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37515460/>
- KRÁLÍKOVÁ, L., 2018. *Psychické poruchy v šestinedělí* [online]. [cit. 2026-04-14]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vlz041/>

- LIU, X., S. WANG a G. WANG, 2022. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 31(19–20), 2665–2677 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34750904/>
- MILGROM, J., A. W. GEMMILL, D. BICK aj., 2014. Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 28(1), 13–23 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24095728/>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2025. *Změny v systému poporodní péče a zavedení hrazených návštěv porodní asistentky v domácím prostředí* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>
- MUNK-OLSEN, T., M. L. MAEGBAEK, B. M. JOHANNSEN aj., 2016. Perinatal psychiatric episodes: A population-based study on treatment incidence and prevalence. *Translational Psychiatry*. 6 (10), e919 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27754485/>
- MURRAY, S. S. a E. S. MCKINNEY, 2017. *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*. 7. vydání. St. Louis, MO: Elsevier. ISBN 978-0-323-39894-7.
- NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ, 2023. *Projekt Perinatal – screening psychosociálního stresu v těhotenství a po porodu* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/jiz-dvacata-porodnice-se-zapojila-do-unikatniho-projektu-perinatal-pomaha-s-dusevnim-zdravim-v-tehotenstvi-a-po-porodu>
- NATIONAL HEALTH SERVICE, 2019. *Postpartum psychosis* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-partum-psychosis/>
- NICE - NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2020. *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- POSTPARTUM STRESS CENTER, 2022. *Treatment and education in perinatal mood and anxiety disorders* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://postpartumstress.com/>
- POSTPARTUM SUPPORT INTERNATIONAL, 2023. *Perinatal mental health support and resources* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://www.postpartum.net/>
- PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.
- ROBERTSON, E., I. JONES, S. HAQUE, R. HOLDER a N. CRADDOCK, 2005. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 186(3), 258–259 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15738508/>

ROZTOČIL, Aleš a kol. 2017. Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.

SPINELLI, M. G., 2009. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *American Journal of Psychiatry*. 166(4), 405-408 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19339365/>

ŠEBELA Antonín a kol. Diagnostics and modern trends in therapy of postpartum depression. *Česká gynekologie*. 84(1), 68-72 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/en/journals/czech-gynaecology/2019-1-24/diagnostics-and-modern-trends-in-therapy-of-postpartum-depression-112780?hl=cs>

TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ aj., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. 1. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

TAKÁCS, L., F.SMOLÍK, J. MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, P. ČEPICKÝ a S. HOSKOVCOVÁ, 2016. Postpartum blues – a Czech adaptation of the Maternity Blues Questionnaire. *Česká gynekologie*. 81(5), 355-368 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/en/journals/czech-gynaecology/2016-5-8/postpartum-blues-a-czech-adaptation-of-the-maternity-blues-questionnaire-59649>

TOSTO, V., M. CECCOBELLI, E LUCARINI, A. TORTORELLA, S. GERLI, F.FAVILLI, 2023. Maternity blues: A narrative review. *Journal of Personalized Medicine*. 13(1), 154 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36675815/>

TVRDÁ, M., 2020. *Psychika ženy v období puerperia* [online]. [cit. 2026-04-14]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <https://theses.cz/id/r2gobw/>

ÚSMĚV MÁMY, 2023. *Podpora žen s perinatálními psychickými obtížemi* [online]. [cit. 2026-04-14]. Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/o-nas/>

VAN SCHEPPINGEN, M. A., M. B. STROEBE a J. J. A. DENISSEN, 2018. Stability and change in self-control during the transition to parenthood. *European Journal of personality*. 32(6), 690-705 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/per.2172>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience* [online]. [cit. 2026-04-14]. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

YIM, I. S., L. R. TANNER STAPLETON, C. M. GUARDINO, J. HAHN-HOLBROOK a C. DUNKEL SCHETTER, 2015. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*. 11, 99–137 [online]. [cit. 2026-04-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2582234>

